RAPPORT ANNUEL

2013-2014

Améliorer la qualité des services

Accroître la satisfaction des usagers

Assurer le respect des droits

Application de la procédure d'*examen des plaintes* et de l'amélioration de la *qualité des services*

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

AGIR DANS L'INTÉRÊT DE LA PERSONNE

Québec

RAPPORT ANNUEL
2013-2014

APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES ET DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Adopté à la séance ordinaire du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale le 25 septembre 2014

Édition produite par :

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Rédaction
M. Denys Bernier
Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

Secrétariat
M^me^ Andrée Dionne
Adjointe administrative

Ce document peut être reproduit sans restriction, en tout ou en partie, pourvu que la source soit mentionnée.

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse Internet
www.rrsss03.gouv.qc.ca, **section *Documentation*, rubrique *Publications*.**

Pour obtenir un exemplaire de ce document, s'adresser à :
M^me^ Isabelle Lindsay
Centre de documentation
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9

Téléphone : 418 666-7000, poste 217 ou 521
Télécopieur : 418 666-2776
Courrier électronique : cdocagence03@ssss.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne les femmes et les hommes.

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014
ISBN : 978-2-89616-236-9 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89616-237-6 (version électronique-Internet)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

MOT DU COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

En 2013-2014, les usagers des services de santé, leurs représentants ou de tierces personnes se sont adressés aux commissaires locaux, aux médecins examinateurs des établissements et au commissaire régional de la région de la Capitale-Nationale à 3 465 reprises, dont 1 591 pour formuler une plainte, 530 pour signaler un problème ayant justifié une intervention et 1 344 pour déposer une demande d'assistance.

L'ampleur du nombre de demandes témoigne de la pertinence de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services. Ces demandes permettent de mettre en évidence les écarts entre la qualité attendue par les usagers et la qualité rendue par les organisations sur les plans relationnel, professionnel et organisationnel, et en ce qui a trait au respect des droits. Le regard singulier de l'utilisateur des services révèle souvent des aspects non couverts par les différentes démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité des services.

Ainsi, les usagers des services, leurs représentants ou de tierces personnes ont porté à notre attention 2 676 motifs d'insatisfaction parmi les plaintes conclues et les interventions réalisées en 2013-2014. Ces motifs se concentraient principalement sous 3 catégories : la prestation des soins et des services, les relations interpersonnelles ainsi que l'accessibilité et la continuité des services. Parmi les 2 676 motifs invoqués, 91 % ont été retenus pour examen (2 440). De ce nombre, 49 % (1 191) ont fait l'objet de 1 367 mesures correctives. C'est à travers cet aspect que se manifeste la contribution particulière de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services.

En effet, grâce à leurs recommandations, formulées en toute indépendance, et à leur capacité de mobiliser et d'influencer les diverses organisations concernées par les motifs d'insatisfaction, les commissaires et les médecins examinateurs ont su introduire des changements nécessaires. Les changements apportés sont bénéfiques non seulement à ceux qui ont porté plainte ou qui ont signalé des anomalies menant à des interventions, mais aussi aux futurs usagers des services.

La mise en œuvre des 1 367 mesures correctives a été facilitée par la collaboration active des membres des comités de vigilance et de la qualité des services[1], une instance de chaque conseil d'administration des établissements et de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale dont l'un des mandats est d'assurer le suivi des mesures correctives proposées. Soulignons également l'importante contribution des gestionnaires des organisations visées par les plaintes et les interventions. Ils ont généralement manifesté une ouverture pour

---

[1] *Le comité est composé de 3 personnes choisies parmi les membres du conseil d'administration, en plus du directeur général et du commissaire local pour un établissement ou du président-directeur général et du commissaire régional pour une agence de la santé et des services sociaux.*

discuter des motifs d'insatisfaction de leurs clients, et ils se sont engagés dans la détermination et la mise en œuvre de solutions durables aux problèmes relevés.

En 2013-2014, la Table de concertation des commissaires aux plaintes et à la qualité des services de la Capitale-Nationale, dont le mandat est de contribuer à l'amélioration de l'application du régime d'examen des plaintes, a organisé notamment deux formations. L'une avait pour objectif d'améliorer nos compétences rédactionnelles afin de s'assurer que notre correspondance soit compréhensible pour le plaignant, indépendamment de ses habilités de lecture. L'autre visait l'amélioration de nos compétences relationnelles afin de faciliter les contacts avec les personnes atteintes de maladie mentale.

Les commissaires locaux, les médecins examinateurs des établissements et moi-même sommes fiers d'avoir contribué à bonifier les services, à hausser le taux de satisfaction des usagers et à garantir le respect de leurs droits. Agir dans l'intérêt des usagers constitue la raison d'être de nos actions. Nous souhaitons que cette raison d'être soit partagée, au quotidien, par l'ensemble des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Denys Bernier

Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 7
DROITS DES USAGERS 8
PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES 9
PROCÉDURE D'EXAMEN DES SIGNALEMENTS - INTERVENTIONS 10
CENTRE D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT AUX PLAINTES 10
FAITS SAILLANTS DES PLAINTES TRAITÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS 11
FAITS SAILLANTS DES PLAINTES TRAITÉES PAR LE COMMISSAIRE RÉGIONAL 13
PARTIE I 17
COMMISSAIRES LOCAUX AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET MÉDECINS EXAMINATEURS DES ÉTABLISSEMENTS 17
INTRODUCTION 19
1. 1 PLAINTES 19
1.1.1 PLAINTES REÇUES 20
1.1.2 PLAINTES CONCLUES 21
1.1.3 MOTIFS DES PLAINTES CONCLUES 22
1.1.4 MESURES CORRECTIVES DES PLAINTES CONCLUES 24
1.1.5 DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES CONCLUES 26
1.1.6 PLAINTES SOUMISES EN DEUXIÈME INSTANCE 26
1.2 INTERVENTIONS 29
1.2.1 INTERVENTIONS CONCLUES 29
1.2.2 MOTIFS DES INTERVENTIONS CONCLUES 30
1.2.3 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES 31
1.3 DEMANDES D'ASSISTANCE ET DE CONSULTATION 32
1.4 AUTRES ACTIVITÉS DES COMMISSAIRES LOCAUX 33
PARTIE II 35
COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES 35
INTRODUCTION 37
2. 1 PLAINTES 37
2.1.2 PLAINTES CONCLUES 38
2.1.3 MOTIFS DES PLAINTES CONCLUES 39
2.1.4 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES 41
2.1.5 SUIVI DE L'APPLICATION DES MESURES CORRECTIVES 42
2.1.6 DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES CONCLUES 42
2.1.7 RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN 43
2.2 SIGNALEMENTS ET INTERVENTIONS 44
2.2.1 INTERVENTIONS TRAITÉES 44
2.2.2 MOTIFS DES INTERVENTIONS CONCLUES 45
2.2.3 SUIVI DE L'APPLICATION DES MESURES CORRECTIVES 47
2.2.4 DÉLAI DE TRAITEMENT DES INTERVENTIONS 48
2.3 CONSTATS PAR ORGANISATION VISÉE : PLAINTES ET INTERVENTIONS 48

2.3.1 RÉSIDENCES PRIVÉES POUR PERSONNES ÂGÉES 48
2.3.2 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 50
2.3.3 RESSOURCES D'HÉBERGEMENT EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE 50
2.3.4 SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE 51
2.3.5 AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE 51
2.4 DEMANDES D'ASSISTANCES ET DE CONSULTATIONS 52
2.4.1 DEMANDES D'ASSISTANCE 52
2.4.2 DEMANDES DE CONSULTATION 53
2.5 AUTRES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE RÉGIONAL 54
ANNEXES 57
LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE 59
LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES 61
DESCRIPTION DES CATÉGORIES DE MOTIFS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION 62
MOTIFS DÉTAILLÉS DES PLAINTES ET DES INTERVENTIONS – COMMISSAIRE LOCAL - MÉDECIN EXAMINATEUR ET COMITÉ DE RÉVISION 63
MOTIFS DÉTAILLÉS DES PLAINTES ET DES INTERVENTIONS – COMMISSAIRE RÉGIONAL 75
LISTE DES TABLEAUX 89

INTRODUCTION

La production du *Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services* fait partie des obligations légales de toute agence de la santé et des services sociaux. En effet, l'article 76.12 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2), ou LSSSS, prévoit ce qui suit :

> 76.12. Tout conseil d'administration d'une agence doit transmettre au ministre une fois par année un rapport faisant état de l'ensemble des rapports qu'il a reçus de chaque conseil d'administration d'un établissement.
>
> Ce rapport décrit les types de plaintes reçues, y compris les plaintes concernant les médecins, les dentistes ou les pharmaciens, et indique notamment pour chaque type de plainte :
>
> 1 °Le nombre de plaintes reçues, rejetées sur examen sommaire, examinées, refusées ou abandonnées depuis le dernier rapport;
>
> 2 °Les suites qui ont été données après leur examen;
>
> 3 °Le nom de chaque établissement concerné;
>
> 4 °Les délais d'examen des plaintes.
>
> Ce rapport doit également comprendre le bilan des activités du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services visé au paragraphe 9 du deuxième alinéa de l'article 66, décrire les motifs de plainte que l'agence a elle-même reçues et indiquer notamment pour chaque type de plaintes :
>
> 1 °Le nombre de plaintes reçues, rejetées sur examen sommaire, examinées, refusées ou abandonnées depuis le dernier rapport;
>
> 2 °Les délais d'examen des plaintes;
>
> 3 °Les suites qui ont été données après leur examen;
>
> 4 °Le nombre de plaintes et les motifs des plaintes qui ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur des usagers.
>
> Il doit de plus faire état des principales mesures recommandées par les commissaires locaux et par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ainsi que des principales mesures prises par les établissements et par l'agence en vue d'améliorer la satisfaction de la clientèle de même que le respect de ses droits. Le conseil d'administration y formule, au besoin, des objectifs de résultats sur toute question relative au respect des droits des personnes qui s'adressent au commissaire régional.

Après un rappel des droits des usagers et de la procédure d'examen des plaintes, la première partie de ce rapport présente une compilation de tous les rapports annuels sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, pour l'exercice 2013-2014, dans les établissements publics de la région de la Capitale-Nationale ainsi que dans les établissements privés conventionnés et non conventionnés reconnus comme centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) en vertu d'un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La deuxième partie fait état de l'examen des plaintes déposées et examinées à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale entre le 1er avril 2013 et le 31 mars 2014.

On y trouve également un bilan des activités du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services durant cette même année.

DROITS DES USAGERS

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2) reconnaît plusieurs droits à tout usager du réseau de la santé et des services sociaux, notamment :

- le droit à l'information sur les services qui existent, sur l'endroit où ils peuvent être obtenus et sur la façon d'y avoir accès;
- le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, sur les solutions possibles, de même que sur les risques et les conséquences généralement associées à ces solutions;
- le droit à des services adéquats sur les plans humain, scientifique et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire, et le droit de choisir le professionnel ou l'établissement qui offrira ces services, en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement des établissements ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont ils disposent;
- le droit de donner ou de refuser un consentement à des soins;
- le droit de recevoir des soins en cas d'urgence;
- le droit de participer aux décisions qui concernent son état de santé et de bien-être;
- le droit à des services offerts en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise, dans la mesure où le prévoit le programme d'accès à ces services dans la région;
- le droit d'être accompagné et assisté lorsqu'il désire obtenir un service ou de l'information ou au cours d'une démarche de plainte;
- le droit d'exercer un recours lorsqu'une faute a été commise;
- le droit d'accès à son dossier;
- le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation des services qu'il a reçus ou de tout accident susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou sur son bien-être, ainsi que des mesures pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident.

Le régime d'examen des plaintes est un moyen auquel les citoyens peuvent recourir afin de faire valoir et reconnaître leurs droits et de participer, ainsi, à l'amélioration de la qualité des services offerts à la population.

PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES

La LSSSS (RLRQ, chapitre S-4.2) permet aux usagers ou à leurs représentants de porter plainte auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services d'un établissement s'ils sont insatisfaits des services reçus ou des services qu'ils auraient dû recevoir, reçoivent ou requièrent de l'établissement. Ce recours concerne également les ressources intermédiaires ou de type familial ou tout autre organisme, société ou personne auxquels l'établissement recourt pour la prestation de ces services.

De plus, la Loi prévoit l'examen, par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services de l'agence de santé et de services sociaux de la région concernée, des plaintes relatives :

- aux services des organismes communautaires correspondant aux critères de l'article 334 de la LSSSS (RLRQ, chapitre S-4.2);
- aux services des résidences privées pour personnes âgées;
- aux services des ressources d'hébergement en toxicomanie et jeu pathologique;
- aux services préhospitaliers d'urgence;
- à toute activité ou fonction de l'agence qui touche personnellement le plaignant;
- aux services d'un organisme, d'une société ou d'une personne dont les services ou les activités sont liés au domaine de la santé et des services sociaux, et avec lesquels une entente de services pour leur prestation a été conclue par l'agence.

Le délai prévu par la LSSSS pour transmettre les conclusions d'une plainte a été fixé à 45 jours. Toutefois, certaines circonstances peuvent entraîner des délais supplémentaires pour conclure l'examen du dossier. Le plaignant peut alors accepter ou refuser de prolonger le délai. Mais dans tous les cas, le retard ouvre la voie à un recours auprès du Protecteur du citoyen. Ainsi, le cheminement prévu par le régime d'examen des plaintes se résume comme suit :

LES DEUX PALIERS DU RÉGIME D'EXAMEN

Établissements*		Agence**
		Organismes communautaires Ressources en toxicomanie ou jeu pathologique Résidences privées pour personnes âgées Services préhospitaliers d'urgence Activités et fonctions de l'agence
Procédure générale	Actes médicaux	
1er recours Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services	**1er recours** Médecin examinateur	**1er recours** Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
2e recours Protecteur du citoyen	**2e recours** Comité de révision	**2e recours** Protecteur du citoyen

* *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, c. S-4.2), articles 29 à 59

** *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, c. S-4.2), articles 60 à 72

Tout au long du processus d'examen d'une plainte, les personnes plaignantes sont assurées d'être informées des étapes essentielles et des délais de traitement de leur plainte. De plus, les plaignants reçoivent, au terme du processus, les conclusions motivées sur les différents éléments de leur plainte.

PROCÉDURE D'EXAMEN DES SIGNALEMENTS - INTERVENTIONS

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2) prévoit que le commissaire local et le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services « intervient de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés ».

Un usager, son représentant ou de tierces personnes, par exemple un visiteur ou un employé d'une organisation, peuvent contacter le commissaire, soit local ou régional, pour lui signaler un problème qu'il a constaté dans un organisme couvert par le régime d'examen des plaintes.

Après examen des faits portés à sa connaissance, le commissaire peut décider d'intervenir auprès de l'organisation visée par le signalement, ce qui devient alors une intervention. Toutefois, il peut décider de ne pas intervenir et de transférer l'information à une autre instance plus appropriée pour gérer la situation. Il peut également décider de fermer le dossier de signalement parce qu'il n'y avait pas de motif raisonnable de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes n'étaient pas respectés.

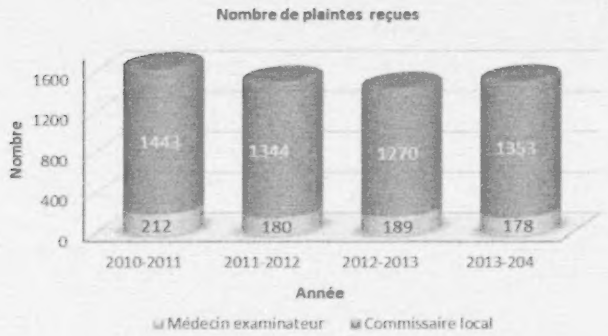
Le traitement d'une intervention est similaire à celui d'une plainte à l'exception que l'auteur du signalement demeure anonyme pour l'instance visée, qu'il ne sera pas informé des résultats de l'intervention, sauf exception, et qu'il ne pourra s'adresser au Protecteur du citoyen en seconde instance. De plus, il n'y a aucun délai de traitement prescrit pour les interventions dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

CENTRE D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT AUX PLAINTES

Toute personne qui désire formuler une plainte auprès d'un établissement de la région, de l'Agence ou du Protecteur du citoyen peut être assistée et accompagnée gratuitement, sur demande, par le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) de la Capitale-Nationale.

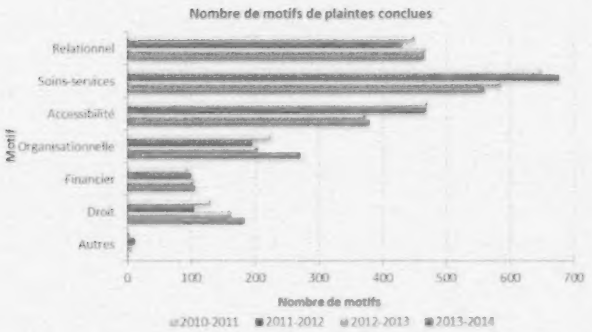
Le CAAP est l'organisme communautaire mandaté par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour aider le citoyen dans ses démarches. Le CAAP peut être joint au 418 681-0088 ou au 1 877 767-2227.

FAITS SAILLANTS DES PLAINTES TRAITÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS



- 1 531 plaintes reçues en 2013-2014
- 88 % traitées par les commissaires
- Légère augmentation (72) des plaintes reçues comparativement à l'année précédente

- 56 % des plaintes en 2013-2014 visaient la mission CHSGS, suivi de la mission CLSC (18 %)
- Hausse des plaintes, principalement pour les missions CHSGS (39) et CHSP (30), par rapport à l'année précédente

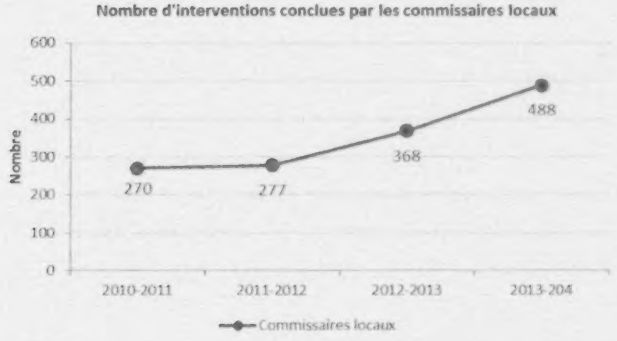


- 1 966 motifs de plainte en 2013-2014
- 34 % des motifs en 2013-2014 visaient le volet soins-services, suivi des volets relationnel (23%) et accessibilité (22%)
- Tendance à la hausse des motifs relatifs à l'organisation du milieu (67) et au respect des droits de la personne (21), comparativement à l'année précédente

- 960 mesures correctives en 2013-2014, dont 93 % formulées par les commissaires locaux
- Légère tendance à la hausse des mesures correctives

- Tendance à l'amélioration du délai de traitement des plaintes chez les commissaires locaux
- Tendance à la baisse du pourcentage de plaintes conclues à l'intérieur du délai légal de 45 jours chez les médecins examinateurs

- Tendance à la hausse des plaintes transférées par l'usager au Protecteur du citoyen après examen des commissaires locaux
- Tendance à la baisse des plaintes transférées par l'usager au comité de révision après examen des médecins examinateurs

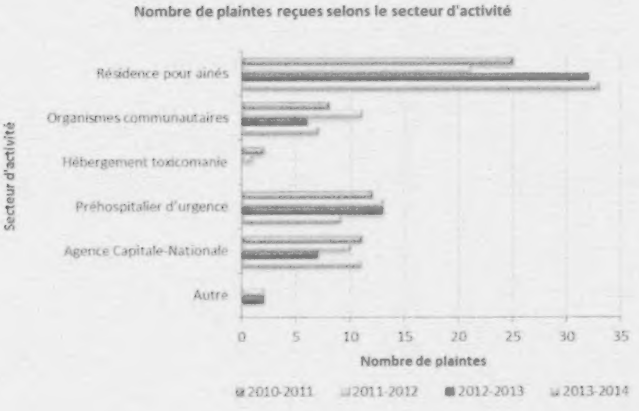


- Tendance importante à la hausse, depuis 2010-2011, des interventions réalisées par les commissaires locaux à la suite d'un signalement.

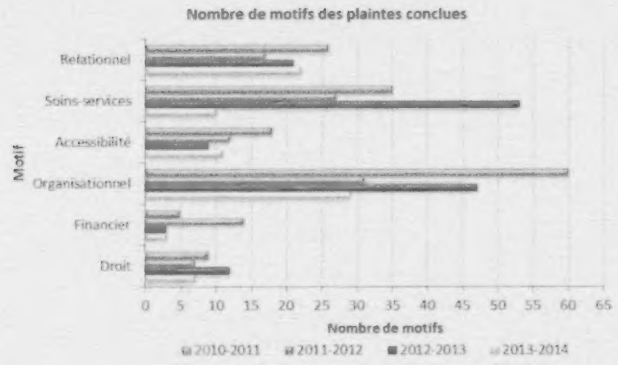
- 1 121 demandes d'assistance répondues par les commissaires locaux en 2013-2014, dont 87% consistaient à fournir de l'aide pour obtenir des soins ou des services
- Faible tendance à la baisse des demandes d'assistance depuis 2010-2011

FAITS SAILLANTS DES PLAINTES TRAITÉES PAR LE COMMISSAIRE RÉGIONAL

- 60 plaintes reçues en 2013-2014
- Relative stabilité des plaintes reçues depuis 2010-2011

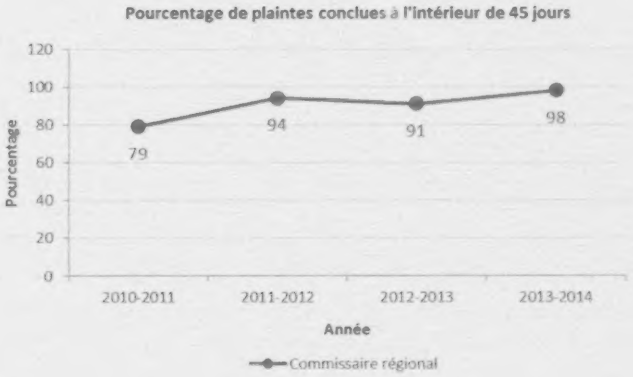


- 55 % des plaintes en 2013-2014 visaient les résidences pour aînés, suivi de l'Agence (18 %) et des services préhospitaliers d'urgence (15 %)
- Tendance à la hausse des plaintes reçues à l'endroit des résidences pour aînés, alors qu'il y a tendance à la baisse pour les autres domaines d'activité



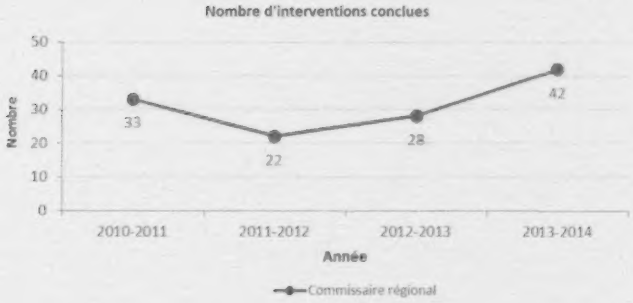
- 82 motifs de plainte en 2013-2014
- 35 % des motifs en 2013-2014 visaient le volet organisation du milieu, suivi des volets relationnel (27 %) et accessibilité (13 %)
- Légère tendance à la hausse, depuis les 3 dernières années, des motifs en lien avec les relations interpersonnelles

- 107 mesures correctives proposées en 2013-2014 afin d'améliorer la qualité des services dans les différents secteurs d'activité
- 92 % des mesures proposées étaient implantées au 31 mars 2014 et 6 % étaient en cours de l'être

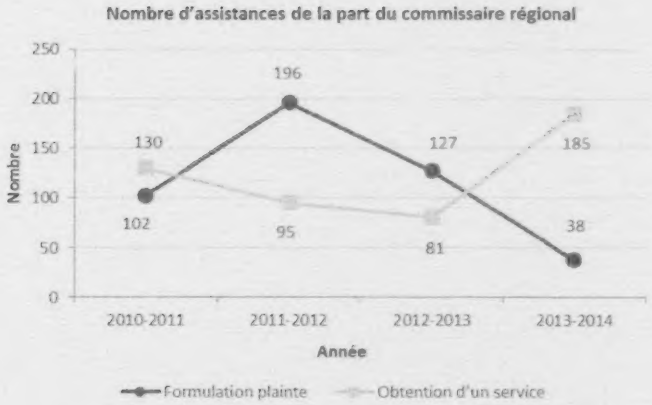


- Tendance à l'amélioration du délai de traitement des plaintes conclues à l'intérieur du délai légal de 45 jours

- 5 plaintes transférées par l'usager au Protecteur du citoyen en 2013-2014
- 2 plaintes de 2012-2013 conclues par le Protecteur du citoyen en 2013-2014



- Tendance à la hausse des interventions
- Les 42 interventions conclues en 2013-2014 cumulaient 77 motifs d'insatisfaction pour lesquels 52 mesures correctives ont été appliquées, principalement (92 %) dans les résidences pour aînés



- 223 demandes d'assistance répondues en 2013-2014, dont 83 % consistaient à fournir de l'aide à l'obtention d'un service
- Tendance à la baisse pour l'aide à la formulation d'une plainte

PARTIE I

COMMISSAIRES LOCAUX AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET MÉDECINS EXAMINATEURS DES ÉTABLISSEMENTS

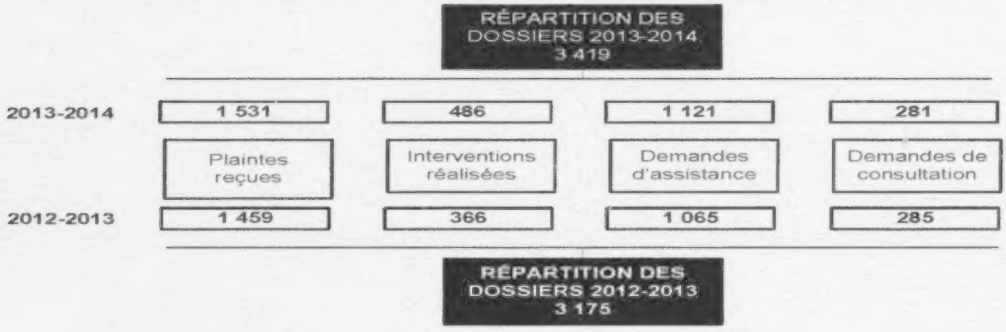
INTRODUCTION

Selon l'article 76.12 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le *Rapport annuel 2013-2014 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services* produit par chacune des agences de la santé et des services sociaux doit faire état de l'ensemble des rapports soumis par les établissements de la région (annexe I).

En 2013-2014, les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services et les médecins examinateurs des établissements de la région de la Capitale-Nationale ont reçu 1 531 nouvelles plaintes formulées par les usagers ou leurs représentants. Les commissaires locaux ont ouvert 486 dossiers d'intervention à la suite du signalement d'un usager, d'un citoyen, d'un intervenant ou encore de leur propre initiative. Ils ont répondu à 1 121 demandes d'assistance d'usagers ou de citoyens. Ils ont également donné leur avis au sujet de 281 demandes de consultation sur le régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services.

Seulement 2 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) n'ont déclaré aucune plainte ni aucune intervention et n'ont réalisé aucune assistance en 2013-2014 (annexe I).

Ainsi, en 2013-2014, les commissaires locaux et les médecins examinateurs des établissements de la région ont ouvert 3 419 nouveaux dossiers dans le Système d'information sur la gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS), comparativement à 3 175 en 2012-2013, 3 202 en 2011-2012 et à 3 380 en 2010-2011.



1. 1 PLAINTES

En 2013-2014, 1 647 plaintes d'usagers ou de leurs représentants ont été traitées par les commissaires locaux (87 %) et les médecins examinateurs (13 %). De ce nombre, 1 531 plaintes avaient été déposées durant l'année 2013-2014 et 116 étaient en cours de traitement au 1er avril 2013. Des 1 647 plaintes traitées en 2013-2014, 1 507 ont été conclues et 140 étaient en cours de traitement au 31 mars 2014 (tableau 1). Sur l'ensemble des plaintes traitées, 68 ont été transférées en deuxième instance.

Les 1 531 plaintes reçues en 2013-2014 constituent une légère augmentation (5 %) par rapport à l'année précédente (1 459). L'augmentation observée est attribuable aux plaintes reçues (+ 83) par les commissaires locaux, alors qu'on enregistrait une légère baisse des plaintes (- 11) reçues par les médecins examinateurs. L'année 2013-2014 se classe au 4e rang en importance pour le nombre de plaintes reçues depuis 2009-2010.

En 2013-2014, 92 % du nombre total (1 647) de plaintes à traiter ont été conclues (1 507) en cours d'année, comparativement à 93 % l'année précédente.

TABLEAU 1
Nombre de plaintes traitées, selon le statut, le responsable et l'année

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	REÇUES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE	TRANSMISES EN DEUXIÈME INSTANCE
COMMISSAIRES LOCAUX						
2013-2014	88	1 353	1 441	1 347	94	58
2012-2013	77	1 270	1 347	1 259	88	35
2011-2012	98	1 344	1 442	1360	82	57
MÉDECINS EXAMINATEURS						
2013-2014	28	178	206	160	46	10
2012-2013	35	189	224	196	28	20
2011-2012	38	180	218	183	35	23
TOTAL						
2013-2014	**116**	**1 531**	**1 647**	**1 507**	**140**	**68**
2012-2013	**112**	**1 459**	**1 571**	**1 455**	**116**	**55**
2011-2012	**136**	**1 524**	**1 660**	**1 543**	**117**	**80**

1.1.1 PLAINTES REÇUES

Les 1 525 plaintes reçues en 2013-2014 concernaient principalement les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) (56 %), les centres locaux de services communautaires (CLSC) (18 %), le centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP) de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) (11 %) et les CHSLD (6 %). Un tel portrait de la situation est semblable à celui des 5 dernières années. Chez les médecins examinateurs, les plaintes reçues portaient principalement sur les CHSGS (95 %), reflétant ainsi la concentration des soins médicaux requis par les usagers (tableau 2).

TABLEAU 2
Nombre* et pourcentage de plaintes reçues en 2013-2014, selon le responsable et la mission des établissements

MISSION DES ÉTABLISSEMENTS	COMMISSAIRES LOCAUX		MÉDECINS EXAMINATEURS		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
CLSC	276	20 %	2	1 %	278	18 %
CHSGS	695	51,5 %	165	95 %	860	56,4 %
CHSP	165	12 %	3	1,8 %	168	11 %
CHSLD	91	7 %	2	1,1 %	93	6 %
CPEJ	50	4 %	0	0 %	50	3,2 %
CRDI-TED	26	2 %	0	0 %	26	2 %
CRPAT	6	0,5 %	0	0 %	6	0,4 %
CRDP	42	3 %	2	1,1 %	44	3 %
TOTAL	1 351*	100 %	174*	100 %	1 525*	100 %

* Le SIGPAQS inscrit deux plaintes de moins pour les commissaires locaux et quatre de moins pour les médecins examinateurs quand les données sont ventilées par mission.

1.1.2 PLAINTES CONCLUES

Les 1 507 plaintes conclues avaient été déposées par 1 535 auteurs. Une plainte peut être formulée par plus d'une personne. Dans 67 % des cas, les auteurs étaient les usagers eux-mêmes; dans 26 % des cas, les auteurs étaient des représentants des usagers et dans 7 % des cas, les auteurs étaient des tiers (tableau 3). Un tel portrait de la situation est relativement semblable à celui observé lors des années précédentes.

TABLEAU 3
Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le responsable et l'auteur

ANNÉE	USAGERS		REPRÉSENTANTS		TIERS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
2013-2014	1 028	67 %	401	26 %	106	7 %	1 535	100 %
2012-2013	997	68 %	372	25 %	108	7 %	1 477	100 %
2011-2012	1 011	65 %	378	24 %	174	11 %	1 563	100 %

Comme l'illustre le tableau 4, l'ensemble des missions a totalisé une hausse de 47 plaintes conclues en 2013-2014, comparativement à 2012-2013. Cette hausse est attribuable principalement à la mission des CHSLD, qui enregistrent une augmentation de 26 % (21) par rapport à l'année précédente, suivie des missions des CHSP (+ 20), CHSGS (+ 8) et centre de réadaptation (+ 1). De telles hausses ont été toutefois modérées par une baisse du nombre de plaintes pour la mission centre jeunesse (CJ) (- 2) et, dans une moindre importance, pour la mission CLSC (- 1).

TABLEAU 4
Nombre de l'ensemble des plaintes conclues, selon l'année et la mission des établissements

ANNÉE	CHSGS	CHSP	CLSC	CHSLD	CJ	CR	TOTAL
2013-2014	828	161	279	101	50	82	***1 501**
2012-2013	820	141	280	80	52	81	***1 454**
2011-2012	876	150	327	93	35	60	***1 541**
2010-2011	1 042	132	205	113	53	79	**1 624**
2009-2010	1 014	173	196	99	63	65	**1 610**

*Le SIGPAQS inscrit 6 plaintes de moins en 2013-2014, 1 plainte de moins en 2012-2013 et 2 de moins en 2011-2012 quand les données sont ventilées par mission.

Les 1 501 plaintes conclues en 2013-2014 concernaient principalement, à l'instar des plaintes reçues, les missions des CHSGS (55 %), des CLSC (18 %), du CHSP de l'IUSMQ (11 %) et des CHSLD (7 %) (tableau 5). Cette situation est semblable à celle des années précédentes sous l'angle du rang occupé par les missions. Chez les commissaires locaux, les plaintes conclues touchaient l'ensemble des missions, avec une prédominance pour la mission CHSGS, alors que chez les médecins examinateurs, les plaintes concernaient principalement (92 %) la mission des CHSGS.

TABLEAU 5
Nombre* et pourcentage de plaintes conclues en 2013-2014, selon le responsable et la mission des établissements

MISSION DES ÉTABLISSEMENTS	COMMISSAIRES LOCAUX		MÉDECINS EXAMINATEURS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
CLSC	276	21 %	3	2 %	279	18,5 %
CHSGS	684	51 %	144	92 %	828	55 %
CHSP	157	11 %	4	3 %	161	11 %
CHSLD	98	7,2 %	3	2 %	101	7 %
CPEJ	50	4 %	0	0 %	50	3 %
CRDI-TED	29	2,1 %	0	0 %	29	2 %
CRPAT	8	0,6 %	0	0 %	8	0,5 %
CRDP	43	3,1 %	2	1 %	45	3 %
TOTAL	1 345*	100 %	156*	100 %	*1 501	100 %

*Le SIGPAQS inscrit une plainte de moins pour les commissaires locaux et quatre de moins pour les médecins examinateurs quand les données sont ventilées par mission.

1.1.3 MOTIFS DES PLAINTES CONCLUES

Les 1 966 motifs de plainte conclues par les commissaires locaux et les médecins examinateurs en 2013-2014 présentent une légère augmentation de 3,4 % (64) par rapport aux données de l'année antérieure (tableau 6). L'année 2013-2014 se classe au 4e rang en importance pour le nombre de motifs traités depuis 2009-2010.

Les 1 507 plaintes conclues en 2013-2014 par les établissements cumulaient 1 966 motifs de plainte, soit une moyenne de 1,3 motif par plainte, ce qui est semblable à l'année antérieure. Chez les commissaires locaux, la moyenne de motifs par plainte (1,3) a été plus élevée que celle observée (1,1) chez les médecins examinateurs.

TABLEAU 6
Nombre et pourcentage de motifs pour l'ensemble des plaintes conclues, selon les catégories des motifs et l'année

CATÉGORIES DES MOTIFS	NOMBRE ET POURCENTAGE DE MOTIFS					
	2013-2014		2012-2013		2011-2012	
Relations interpersonnelles	465	24 %	466	24 %	430	22 %
Soins et services offerts	559	28,5 %	585	31 %	677	34 %
Accessibilité et continuité	379	19 %	373	20 %	468	23,5 %
Organisation milieu / matériel	271	14 %	204	11 %	196	10 %
Aspects financiers	106	5,4 %	104	5 %	101	5 %
Droits particuliers	184	9 %	163	8,6 %	105	5 %
Autres	2	0,1 %	7	0,4 %	12	0,5 %
TOTAL	1 966	100 %	1 902	100 %	1 989	100 %

Les 1 966 motifs de plainte se concentraient, dans une proportion de 85,5 %, dans 4 catégories : les soins et les services offerts (28,5 %), les relations interpersonnelles (24 %), l'accessibilité et la continuité des services (19 %) et l'organisation du milieu et du matériel (14 %). Une telle situation est relativement semblable à celle des 3 années précédentes

(86 %, 89 % et 88 %), alors que les motifs de plainte se regroupaient dans ces mêmes catégories (tableau 6).

Les données du tableau 7 font ressortir une concentration plus ou moins forte des motifs de plainte, selon que les plaintes aient été soumises aux commissaires locaux ou aux médecins examinateurs. En effet, les motifs des plaintes traitées par les médecins examinateurs sont concentrés, dans une proportion de 87 %, dans 2 catégories : soins et services offerts (52 %) et relations interpersonnelles (35 %). Chez les commissaires locaux, 68 % des motifs de plainte se retrouvaient dans 3 catégories : soins et services offerts (26 %), relations interpersonnelles (22 %) et accessibilité et continuité des services (20 %). Cette répartition est semblable à celle observée au cours des 4 années précédentes.

TABLEAU 7
Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues en 2013-2014, selon le responsable et les catégories de motifs

CATÉGORIES DE MOTIFS	COMMISSAIRES LOCAUX		MÉDECINS EXAMINATEURS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	399	22 %	66	35 %	465	24 %
Soins et services offerts	459	26 %	100	52 %	559	28,5 %
Accessibilité et continuité	368	20,9 %	11	6 %	379	19 %
Organisation milieu / matériel	268	15 %	3	1,5 %	271	14 %
Aspects financiers	106	6 %	0	0 %	106	5,4 %
Droits particuliers	174	10 %	10	5 %	184	9 %
Autres	1	0,1 %	1	0,5 %	2	0,1 %
TOTAL	1 775	100 %	191	100 %	1 966	100 %

Comme l'illustre le tableau 8, seulement 10 % (205) des motifs de plainte n'ont pas été complètement traités par les commissaires locaux et les médecins examinateurs. Ce pourcentage représente une légère augmentation par rapport à l'année antérieure (9 %), mais une diminution comparativement aux données des autres années précédentes (13 %, 14 % et 11 %).

Parmi l'ensemble des motifs de plainte, 4 % (82) ont été abandonnés par l'usager, 4 % également ont été rejetés sur examen sommaire et 1 % des plaintes a été refusé par les commissaires ou les médecins examinateurs (tableau 8).

Sur l'ensemble des motifs de plainte, 46 % (890) ont fait l'objet d'aucune mesure corrective, alors que 44 % ont donné lieu à des mesures permettant de corriger le problème cerné. Une telle répartition était également observée lors des 4 dernières années. Les médecins examinateurs ont enregistré une proportion (54 %) plus élevée de motifs de plainte dont le traitement n'a donné lieu à aucune mesure corrective, comparativement aux commissaires locaux (44 %). Dans certains cas, l'absence de mesures correctives s'explique par le fait que le problème à l'origine de la plainte a été résolu en cours de traitement ou que le motif de la plainte n'était pas valable.

TABLEAU 8
Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues en 2013-2014, selon le responsable et les catégories de traitement

CATÉGORIES DE TRAITEMENT	MOTIFS TRAITÉS PAR LES COMMISSAIRES LOCAUX		MOTIFS TRAITÉS PAR LES MÉDECINS EXAMINATEURS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
TRAITEMENT NON COMPLÉTÉ						
Rejeté sur examen sommaire	75	4,2 %	8	4 %	83	4 %
Refusé	15	0,9 %	3	2 %	18	1 %
Abandonné par l'usager	68	3,8 %	14	7 %	82	4 %
Cessé	20	1,1%	2	1 %	22	1 %
SOUS-TOTAL	178	10 %	27	14 %	205	10 %
TRAITEMENT COMPLÉTÉ						
Sans mesure corrective	787	44 %	103	54 %	890	46 %
Avec mesures correctives	810	46 %	61	32 %	871	44 %
SOUS-TOTAL	1 597	90 %	164	86 %	1 761	89 %
TOTAL	1 775	100 %	191	100 %	1 966	100 %

1.1.4 MESURES CORRECTIVES DES PLAINTES CONCLUES

Les commissaires locaux et les médecins examinateurs ont proposé 960 mesures correctives ou recommandations aux organisations concernées pour répondre aux 871 motifs de plainte ayant justifié de telles mesures. Ces propositions représentent un rapport de 0,9 mesure par motif de plainte, comparativement à 1,1 l'année précédente.

1.1.4.1 COMMISSAIRES LOCAUX

Afin d'améliorer la qualité des services, les commissaires locaux ont proposé 895 mesures correctives (tableau 9) pour répondre aux 810 motifs d'insatisfaction dont le traitement a mené à des mesures.

La majorité (52 %) des mesures correctives avait une portée globale. En effet, ces dernières mesures visaient l'amélioration du service à la clientèle dans son ensemble, alors que 48 % des mesures visaient à résoudre un problème propre au plaignant. Cette répartition se distingue de l'année antérieure où l'on retrouvait une majorité (50 %) de mesures à portée individuelle.

Les mesures correctives à portée individuelle se concentraient dans 2 catégories : la sensibilisation ou la formation des intervenants (20 %) et l'adaptation des soins et des services aux besoins particuliers des personnes (17 %). Quant aux mesures correctives à portée globale, elles concernaient principalement l'adaptation des soins et des services pour une catégorie d'usagers (31 %) et, dans une moindre proportion, l'adaptation des règles et des procédures (7 %) et l'adaptation du milieu (7 %).

Par ailleurs, les commissaires locaux ont soumis 11 dossiers de plaintes aux directions concernées des établissements afin que les motifs soient examinés et, le cas échéant, que les mesures disciplinaires appropriées soient appliquées chez l'employé concerné par la plainte. Ce nombre (11) est inférieur à l'année précédente (9), mais semblable à celui de 2011-2012.

TABLEAU 9
Nombre et pourcentage de mesures correctives pour les plaintes conclues en 2013-2014, selon le responsable et les catégories de mesures

CATÉGORIES DE MESURES CORRECTIVES	MESURES DES COMMISSAIRES LOCAUX		MESURES DES MÉDECINS EXAMINATEURS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
PORTÉE INDIVIDUELLE						
Adaptation des soins et des services	155	17,3 %	18	28 %	173	18 %
Adaptation du milieu/environnement	13	1,5 %	1	1 %	14	1,4 %
Ajustements financiers	37	4 %	0	0 %	37	3,8 %
Conciliation/intercession/médiation	9	1 %	2	3 %	11	1 %
Information / sensibilisation intervenant	178	20 %	15	23 %	193	20,1 %
Obtention de services	23	3 %	2	3 %	25	2,6 %
Respect des droits	2	0,2 %	0	0 %	2	0,2 %
Respect du choix	7	0,8 %	0	0 %	7	0,7 %
Autres	2	0,2 %	0	0 %	2	0,2 %
SOUS-TOTAL	426	48 %	38	58 %	464	48 %
PORTÉE GLOBALE						
Adaptation des soins et des services	279	31 %	14	22 %	293	31 %
Adaptation du milieu / environnement	64	7 %	2	3 %	66	6,9 %
Adoption / révision règles et procédures	67	7,5 %	9	14 %	76	8 %
Ajustements financiers	8	1 %	0	0 %	8	0,8 %
Communication/promotion	29	3,2 %	0	0 %	29	3 %
Formation / supervision	10	1 %	1	1 %	11	1 %
Promotion régime d'examen des plaintes	1	0,1 %	1	1 %	2	0,2 %
Respect des droits	9	1 %	0	0 %	9	0,9 %
Autres	2	0,2 %	0	0 %	2	0,2 %
SOUS-TOTAL	469	52 %	27	42 %	496	52 %
TOTAL	895	100 %	65	100 %	960	100 %

1.1.4.2 MÉDECINS EXAMINATEURS

Les médecins examinateurs ont proposé 65 mesures (tableau 9) pour répondre aux 61 motifs d'insatisfaction dont le traitement a été complété en menant à une mesure corrective. Contrairement aux commissaires locaux, la majorité (58 %) des mesures correctives des médecins examinateurs était de portée individuelle. Cette tendance s'observe au fil des ans.

Les mesures à portée individuelle proposées pour corriger les problèmes soulevés se concentraient dans 2 catégories : l'adaptation des soins et des services offerts aux besoins particuliers des personnes (28 %) et la sensibilisation ou la formation des intervenants (23 %).

Quant aux mesures correctives à portée globale, elles concernaient principalement (22 %) l'adaptation des soins et des services offerts pour une catégorie d'usagers, suivie des mesures en lien avec l'adaptation des règles et des procédures, tant administratives que cliniques (14 %).

Par ailleurs, les médecins examinateurs ont soumis 3 dossiers de plaintes au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) des établissements afin que les motifs soient examinés et, le cas échéant, que les mesures disciplinaires appropriées soient appliquées. Ce nombre (3) est légèrement inférieur aux 2 années précédentes (4) et à l'année 2010-2011 (5).

1.1.5 DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES CONCLUES

Le délai prévu par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* pour transmettre les conclusions du traitement d'une plainte a été fixé à 45 jours.

En 2013-2014, 86 % (1 299) des plaintes conclues (1 507) par les établissements l'ont été dans les 45 jours prévus au régime d'examen des plaintes, ce qui est semblable à l'année antérieure. Depuis 2008-2009 une tendance à l'amélioration du délai de traitement des plaintes : 77 %, 81 %, 83 %, 82 %, 86 %.

Dans une proportion de 90,2 % (1 215), les commissaires locaux ont conclu les plaintes à l'intérieur de 45 jours; 9,7 % de ces plaintes (131) ont été conclues entre le 46e et le 180e jour, et 0,1 % (1) après 181 jours (tableau 10).

De leur côté, les médecins examinateurs ont transmis leurs conclusions dans un délai de 45 jours dans une proportion de 52,5 % (84); 43,1 % (69) des conclusions ont été transmises entre le 46e et le 180e jour, et 4,3 % (7) après 181 jours.

TABLEAU 10
Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le délai de traitement (en jours) en 2013-2014

DÉLAI DE TRAITEMENT	COMMISSAIRES LOCAUX		MÉDECINS EXAMINATEURS	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
3 jours et moins	243	18,0 %	13	8,1 %
4 à 15 jours	322	23,9 %	21	13,1 %
16 à 30 jours	245	18,2 %	27	16,9 %
31 à 45 jours	405	30,1 %	23	14,4 %
SOUS-TOTAL	1 215	90,2 %	84	52,5 %
46 à 60 jours	69	5,1 %	22	13,8 %
61 à 90 jours	45	3,3 %	33	20,6 %
91 à 180 jours	17	1,3 %	14	8,8 %
181 jours et plus	1	0,1 %	7	4,3 %
SOUS-TOTAL	132	9,8 %	76	47,5 %
TOTAL	1 347	100 %	160	100 %

1.1.6 PLAINTES SOUMISES EN DEUXIÈME INSTANCE

Les dispositions prévues au régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité permettent aux citoyens de porter leur plainte en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen pour une plainte adressée au commissaire local, et au comité de révision de l'établissement, pour une plainte analysée par le médecin examinateur.

En 2013-2014, 4 % (68) des plaintes conclues (1 507) ont été transférées en deuxième instance, ce qui est semblable à l'année précédente, mais représente une réduction par rapport à 2011-2012 (5 %).

1.1.6.1 PROTECTEUR DU CITOYEN

L'auteur d'une plainte peut transférer sa plainte au Protecteur du citoyen lorsque le commissaire local de l'établissement n'a pas transmis ses conclusions dans le délai de 45 jours alloués pour la traiter ou lorsqu'il est en désaccord avec les conclusions ou les recommandations du commissaire.

En 2013-2014, 4 % (58) des plaintes conclues (1 347) par les commissaires locaux ont été transférées au Protecteur du citoyen, comparativement à 3 % l'année précédente et à 4 % en 2011-2012.

Les 58 plaintes acheminées au Protecteur du citoyen cumulaient 43 motifs d'insatisfaction (tableau 11), soit 2.4 % de l'ensemble des motifs (1 755) des plaintes conclues par les commissaires. Cette proportion était de 3 % l'année antérieure, de 4 % en 2011-2012 et de 3 % en 2010-2011.

Les motifs de plainte transférée au Protecteur du citoyen se répartissent dans presque toutes les catégories. Toutes proportions gardées, ce sont les motifs liés aux aspects financiers qui engendrent une plus grande proportion (5 %) des plaintes transférées au Protecteur du citoyen (tableau 11), à l'instar de l'année antérieure. Ce dernier a transmis aux établissements concernés 12 recommandations, en lien avec les 43 motifs d'insatisfaction analysés.

TABLEAU 11
Nombre de motifs transmis en deuxième instance et pourcentage de ces motifs sur le nombre total de motifs des plaintes conclues en 2013-2014, selon les catégories de motifs et l'instance

CATÉGORIES DE MOTIFS	PROTECTEUR DU CITOYEN		COMITÉ DE RÉVISION		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	8	2 %	1	2 %	9	2 %
Soins et services offerts	13	3 %	7	7 %	20	4 %
Accessibilité et continuité	10	3 %	2	18 %	12	3 %
Organisation milieu / matériel	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Aspects financiers	5	5 %	0	0 %	5	5 %
Droits particuliers	7	4 %	3	30 %	10	5 %
TOTAL DEUXIÈME INSTANCE	43	2,4 %	13	6,8 %	56	2,8 %
TOTAL DES MOTIFS DE PLAINTE	1 775	100 %	191	100 %	1 966	100 %

1.1.6.2 COMITÉ DE RÉVISION DE L'ÉTABLISSEMENT

Si la conclusion du médecin examinateur n'est pas satisfaisante pour l'auteur de la plainte, ce dernier a 60 jours pour soumettre sa plainte au comité de révision désigné par le conseil d'administration de l'établissement. Le comité de révision doit rendre une décision motivée et finale dans un délai de 60 jours.

En 2013-2014, 13 plaintes d'usagers ou de leurs représentants ont été traitées par le comité de révision des établissements de la région. De ce nombre, 10 ont été reçues durant l'année 2013-2014 et 3 était en cours de traitement au 1er avril 2013. Des 13 plaintes traitées en

2013-2014, 11 ont été conclues et 2 étaient en cours de traitement au 31 mars 2013 (tableau 12).

TABLEAU 12
Nombre de plaintes traitées par les comités de révision, selon le statut et l'année

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	REÇUES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE
2013-2014	3	10	13	11	2
2012-2013	1	21	22	19	3
2011-2012	1	23	24	22	2

Parmi les plaintes conclues (11) par le comité de révision des établissements en 2013-2014, 9 d'entre elles concernaient la mission des CHSGS et les deux autres visaient les missions CHSP et CLSC. Ces plaintes provenaient majoritairement (91 %) des usagers, suivis par celles provenant des tiers (9 %).

Des 191 motifs de plainte conclue par les médecins examinateurs, 13 ont été transférées pour analyse aux comités de révision (tableau 11), ce qui représente une proportion de 7 %, comparativement à 11 % l'année précédente, à 15 % en 2011-2012 et à 8 % en 2010-2011.

Les motifs de plainte transférée au comité de révision (13) se retrouvent dans l'ensemble des catégories, sauf ceux liés aux aspects financiers et à l'organisation du milieu (tableau 11). Toutes proportions gardées, ce sont les motifs liés au respect des droits (30 %) et à l'accès aux services (18 %) qui engendrent une plus grande proportion de plaintes transférées au comité de révision, suivis des soins et des services (7 %) et des relations interpersonnelles (2 %).

Seulement 2 motifs de plainte, transférés par l'usager, ont fait l'objet d'un refus de traitement de la part du comité de révision.

Sur les 11 motifs dont le traitement a été complété par le comité de révision, un seul a fait l'objet d'une mesure corrective en lien avec le respect des droits. Ce nombre (1) est semblable à l'année précédente.

On observe que 72 % des plaintes traitées par le comité de révision des établissements ont été conclues à l'intérieur des 60 jours prévus au régime d'examen des plaintes (tableau 13), comparativement à 80 % l'année précédente et 41 % en 2011-2012.

TABLEAU 13
Nombre et pourcentage de plaintes conclues par les comités de révision, selon le délai de traitement (en jours) et l'année

DÉLAI DE TRAITEMENT	2013-2014		2012-2013	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
60 jours et moins	8	72,7 %	15	80 %
61 à 90 jours	1	9,1 %	2	10 %
91 à 180 jours	2	18,2 %	2	10 %
181 jours et plus	0	0 %	0	0 %
TOTAL	11	100 %	19	100 %

1.2 INTERVENTIONS

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2) prévoit, au paragraphe 7 de l'article 66, que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services « intervient de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés ».

En 2013-2014, 517 interventions ont été traitées par les commissaires locaux à la suite du signalement d'un usager, de son représentant ou d'une tierce personne. De ce nombre, 486 signalements ont été examinés durant l'année 2013-2014 et 31 étaient en cours de traitement au 1er avril 2013. Des 517 interventions à traiter en 2013-2014, 488 ont été conclues et 29 étaient en cours de traitement au 31 mars 2014 (tableau 14).

TABLEAU 14
Nombre d'interventions traitées par les commissaires locaux, selon leur statut et l'année

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	EXAMINÉES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE
2013-2014	31	486	517	488	29
2012-2013	33	366	399	368	31
2011-2012	17	294	311	278	33
2010-2011	14	275	289	270	19

Les 486 interventions examinées en 2013-2014 représentaient une augmentation de 33 %, soit 120 interventions de plus par rapport à l'année précédente (366). Depuis 2007-2008, on observe une importante augmentation du nombre d'interventions. Cette augmentation est sûrement attribuable à une meilleure connaissance du régime d'examen des plaintes de la part des usagers, de leurs représentants et de tierces personnes. Ils n'hésitent plus à signaler aux commissaires locaux des situations qu'ils jugent inacceptables de leur point de vue.

1.2.1 INTERVENTIONS CONCLUES

En 2013-2014, 488 interventions ont été conclues par les commissaires locaux, soit 33 % de plus que l'année précédente, où il y avait eu 368 interventions conclues.

Des 488 interventions conclues, 96 % faisaient suite au signalement d'un usager, d'un représentant de ce dernier ou d'une tierce personne. De leur propre initiative, les commissaires sont intervenus dans 4 % des situations, comparativement à 6 % en 2012-2013 et à 9 % lors des deux autres années précédentes.

Les 488 signalements faits aux commissaires locaux provenaient de 501 auteurs (tableau 15). Un signalement peut être fait par plus d'une personne. Ces auteurs sont principalement de tierces personnes (51 %), des usagers eux-mêmes (28 %) et des représentants des usagers (21 %). Cette répartition est relativement semblable à l'année précédente.

Les 484 interventions conclues en 2013-2014 concernaient principalement les missions des CHSGS (63 %), des CLSC (14 %) et des CHSLD (11 %) (tableau 16).

TABLEAU 15
Nombre et pourcentage d'interventions conclues par les commissaires locaux, selon l'auteur et l'année

ANNÉE	USAGER		REPRÉSENTANT		TIERS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
2013-2014	140	28 %	107	21 %	254	51 %	501	100 %
2012-2013	104	28 %	81	22 %	187	50 %	372	100 %
2011-2012	85	30 %	35	13 %	161	57 %	281	100 %

TABLEAU 16
Nombre d'interventions traitées par les commissaires locaux, selon l'établissement et le statut au 31 mars 2014

MISSION DES ÉTABLISSEMENTS	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	EXAMINÉES DURANT L'EXERCICE		CONCLUES DURANT L'EXERCICE		EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE
	NOMBRE	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE
CLSC	6	65	13 %	68	14 %	3
CHSGS	14	313	65 %	305	63 %	22
CHSP	1	19	4 %	20	4 %	0
CHSLD	2	54	11 %	55	11 %	1
CPEJ	1	3	0,5 %	4	0,8 %	0
CRDI-TED	5	16	3,3 %	18	4 %	3
CRPAT	0	1	0,2 %	1	0,2 %	0
CRDP	2	15	3 %	17	3 %	0
TOTAL	31	486	100 %	488	100 %	29

1.2.2 MOTIFS DES INTERVENTIONS CONCLUES

Les 488 interventions conclues en 2013-2014 par les commissaires locaux cumulaient 551 motifs d'intervention (tableau 17), soit un ratio de 1,1 motif par intervention. Ce ratio est semblable à l'année antérieure et inférieur à 2011-2012 où l'on observait un ratio de 1,3 motif par plainte conclue.

Les motifs d'intervention (551) se distribuaient dans l'ensemble des catégories de motifs de la façon suivante : soins et services offerts (25 %), organisation du milieu (22 %), relations interpersonnelles (21 %), accessibilité et continuité des services (16 %), respect des droits (13 %) et aspects financiers (3 %).

TABLEAU 17
Nombre et pourcentage de motifs pour les interventions conclues en 2013-2014, selon le responsable et les catégories de traitement

CATÉGORIES DE TRAITEMENT	MOTIFS TRAITÉS PAR LES COMMISSAIRES LOCAUX	
	NOMBRE	%
TRAITEMENT NON COMPLÉTÉ		
Rejeté sur examen sommaire	8	1,4 %
Refusé	4	0,7 %
Abandonné par l'usager	5	0,9 %
Cessé	11	2 %
SOUS-TOTAL	28	5 %
TRAITEMENT COMPLÉTÉ		
Sans mesure corrective	287	52 %
Avec mesures correctives	236	43 %
SOUS-TOTAL	523	95 %
TOTAL	551	100 %

Comme l'illustre le tableau 17, seulement 5 % (28) des motifs d'intervention n'ont pas été complètement traités par les commissaires locaux. De ce nombre (28), 8 motifs ont été rejetés sur examen sommaire et 4 motifs ont été refusés par les commissaires, 5 ont été abandonnés par l'usager et 11 ont été cessé durant leur analyse.

Sur l'ensemble des motifs d'intervention, 52 % (287) ont fait l'objet d'aucune mesure corrective, alors que 43 % (236) ont donné lieu à des mesures permettant de corriger le problème cerné (tableau 17). Dans certains cas, l'absence de mesures correctives s'explique par le fait que le problème à l'origine de la plainte a été résolu en cours de traitement ou parce que le motif de la plainte n'était pas valable.

1.2.3 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES

Pour les 236 motifs d'intervention ayant donné lieu à des mesures correctives, les commissaires locaux ont proposé, à l'intention des organisations concernées, 248 mesures correctives ou recommandations (tableau 18).

La majorité des mesures correctives proposées par les commissaires locaux, soit 51 %, étaient de portée individuelle, c'est-à-dire qu'elles visaient l'amélioration du service en répondant aux besoins particuliers de l'usage, alors que 49 % avaient pour objectif l'amélioration du service pour l'ensemble de la clientèle (tableau 18).

Les mesures correctives à portée individuelle se concentraient dans 2 catégories : la sensibilisation ou la formation des intervenants (22 %) et l'adaptation des soins et des services aux besoins particuliers des personnes (11 %). Quant aux mesures correctives à portée globale, elles concernaient principalement l'adaptation des soins et des services pour une catégorie d'usagers (29 %) et, dans une moindre proportion, l'adaptation du milieu (10 %) et l'adaptation des règles et des procédures (4 %).

Par ailleurs, les commissaires locaux ont soumis 5 dossiers d'intervention aux directions concernées des établissements afin qu'ils soient examinés et, le cas échéant, que les mesures disciplinaires appropriées soient appliquées à l'employé concerné. L'année dernière, un seul dossier a fait l'objet d'une telle référence.

TABLEAU 18

Nombre et pourcentage de mesures correctives pour les interventions conclues en 2013-2014, selon le responsable et les catégories de mesures

CATÉGORIES DE MESURES CORRECTIVES	MESURES DES COMMISSAIRES LOCAUX	
	NOMBRE	%
PORTÉE INDIVIDUELLE		
Adaptation des soins et des services	26	11 %
Adaptation du milieu / environnement	11	4 %
Ajustements financiers	6	3 %
Conciliation / intercession / médiation	11	4 %
Information / sensibilisation intervenant	54	22 %
Obtention de services	11	4 %
Respect des droits	3	1 %
Respect du choix	0	0 %
Autres	5	2 %
SOUS-TOTAL	127	51 %
PORTÉE GLOBALE		
Adaptation des soins et des services	72	29 %
Adaptation du milieu / environnement	25	10 %
Adoption / révision règles et procédures	11	4 %
Communication / promotion	7	3 %
Formation / supervision	5	2 %
Respect des droits	1	0,4 %
SOUS-TOTAL	121	49 %
TOTAL	248	100 %

1.3 DEMANDES D'ASSISTANCE ET DE CONSULTATION

Dans le cadre de leurs fonctions, les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services sont appelés à répondre à des demandes d'assistance et de consultation provenant de la population, des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ou d'autres partenaires externes.

Une demande d'assistance est une demande d'aide. Elle exige parfois des démarches de recherche, de suivi et souvent d'accompagnement de la part du commissaire.

En 2013-2014, un suivi a été donné à 1 121 demandes d'assistance par les commissaires locaux des établissements de la région, comparativement à 1 065 l'année précédente. La très grande majorité de ces demandes, soit 87 %, concernait l'aide pour obtenir des soins et des services et dans 13 % des cas, le demandeur souhaitait de l'aide pour formuler une plainte.

Une consultation est une demande d'information ou une demande d'avis sur un sujet concernant le régime d'examen des plaintes. Elle exige parfois des démarches de recherche et de suivi.

En 2013-2014, un suivi a été donné par les commissaires locaux à 281 demandes de consultation provenant, notamment, d'autres commissaires locaux, du commissaire régional, du Protecteur du citoyen et des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux.

L'année dernière, les commissaires locaux ont répondu à 258 demandes de consultation et à 254 demandes en 2011-2012.

1.4 AUTRES ACTIVITÉS DES COMMISSAIRES LOCAUX

En plus de traiter les plaintes et les interventions et de fournir de l'assistance, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a pour fonction de collaborer au développement et à l'organisation des activités liées au régime d'examen des plaintes et aux droits des usagers.

En 2013-2014, 405 activités dites « autres activités du commissaire » ont été enregistrées dans le SIGPAQS, comparativement à 489 l'année précédente et à 380 en 2011-2012. Les activités des commissaires locaux visaient principalement la promotion du régime d'examen des plaintes (47 %) et l'amélioration de son fonctionnement (32 %) (tableau 19).

TABLEAU 19
Nombre et pourcentage des autres activités des commissaires locaux, selon les catégories d'activités en 2013-2014

CATÉGORIES D'ACTIVITÉS	2013-2014	
	Nombre	%
Promotion et information	192	47 %
Communication au conseil d'administration	40	10 %
Participation au comité de vigilance et de la qualité	43	11 %
Collaboration au fonctionnement du régime d'examen des plaintes	130	32 %
TOTAL	405	100 %

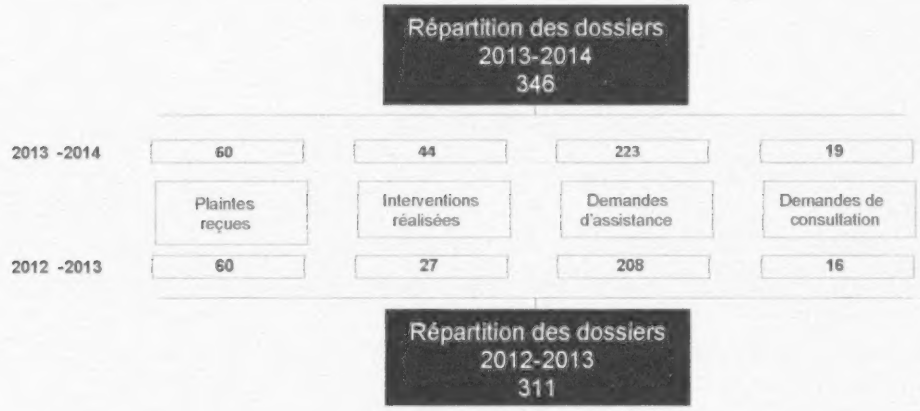
PARTIE II

COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

INTRODUCTION

Dans le cadre de ses fonctions, le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services a ouvert 346 nouveaux dossiers dans le SIGPAQS en 2013-2014, comparativement à 311 en 2012-2013.

En 2013-2014, le commissaire régional a reçu 60 nouvelles plaintes formulées par les usagers ou par leurs représentants. Il est intervenu auprès de 44 organisations à la suite du signalement d'un usager, d'un citoyen ou d'un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux. En collaboration avec son adjointe administrative, il a répondu à 223 demandes d'assistance d'usagers ou de citoyens. Il a également répondu à 19 demandes de consultation, provenant principalement des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services des établissements de la région.



2. 1 PLAINTES

En 2013-2014, 94 % du nombre total de plaintes (62) à traiter a été conclu (58) au cours de l'année et 4 étaient en examen à la fin de l'année financière. Cinq plaintes de l'année en cours ont été soumises par le plaignant au Protecteur du citoyen et ce dernier a transmis à l'usager 2 conclusions de plaintes des années antérieures, pour un total de 7 plaintes traitées en deuxième instance durant cette année.

TABLEAU 20
Nombre de plaintes traitées, selon l'année et le statut

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	REÇUES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE	TRANSMISES AU PROTECTEUR DU CITOYEN
2013-2014	2	60	62	58	4	7
2012-2013	3	60	63	61	2	2
2011-2012	3	58	61	58	3	3
2010-2011	5	58	63	60	3	1

2.1.1 PLAINTES REÇUES

Les 60 plaintes reçues en 2013-2014 concernaient principalement les résidences privées pour personnes âgées (55 %) et l'Agence (18 %), suivies des services préhospitaliers d'urgence (15 %) et des organismes communautaires (12 %). Aucune plainte n'a été formulée à l'endroit des ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique depuis 2 ans (tableau 21).

Depuis 2007-2008, les plaintes concernant les résidences pour personnes âgées arrivent au premier rang. Cinq fois sur 7, le 2e rang est occupé par le secteur préhospitalier d'urgence. Le nombre de plaintes à l'endroit de l'Agence et des organismes communautaires varie relativement peu depuis les 3 dernières années.

TABLEAU 21
Nombre et pourcentage de plaintes reçues, selon l'organisation visée et l'année

ORGANISATION VISÉE	2013-2014		2012-2013		2011-2012	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Résidences privées pour personnes âgées	33	55 %	32	53 %	21	36 %
Organismes communautaires	7	12 %	6	10 %	11	19 %
Ressources en toxicomanie / jeu pathologique	0	0 %	0	0 %	1	2 %
Services préhospitaliers d'urgence	9	15 %	13	22 %	13	22 %
Agence	11	18 %	7	12 %	10	17 %
Autres	0	0 %	2	3 %	2	4 %
TOTAL	60	100 %	60	100 %	58	100 %

2.1.2 PLAINTES CONCLUES

Les 58 plaintes conclues en 2013-2014 ont été formulées (tableau 22) principalement par les usagers des services (52 %), suivis de leur ayant cause ou représentant (34 %) et des tiers (13 %). Cette répartition est différente de celle observée l'année précédente en raison d'une plus forte représentation des usagers.

La répartition des auteurs est grandement influencée par la catégorie d'organisations visées par la plainte. Ainsi, l'usager est généralement l'auteur de la plainte à l'endroit des organismes communautaires et des services préhospitaliers d'urgence, alors que le représentant est le plus souvent celui qui en est l'auteur quand il s'agit d'une plainte visant les résidences privées pour personnes âgées et le Programme d'évaluation et de coordination des admissions en hébergement (PECA) de l'Agence.

TABLEAU 22
Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon l'auteur et l'année

ANNÉE	USAGERS		REPRÉSENTANTS		TIERS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
2013-2014	30	52 %	20	34 %	8	14 %	**58**	**100 %**
2012-2013	27	44 %	26	43 %	8	13 %	**61**	**100 %**
2011-2012	36	62 %	11	19 %	11	19 %	**58**	**100 %**

Les plaintes conclues concernaient (tableau 23) principalement les résidences privées pour personnes âgées (57 %) et l'Agence (21 %), suivi des organismes communautaires (12 %) et de services préhospitaliers d'urgence (10 %).

Toutes proportions gardées, les résidences privées pour personnes âgées sont surreprésentées au regard des motifs de plainte et des mesures correctives proposées, avec 57 % des plaintes conclues (tableau 23). En effet, les résidences cumulent 60 % des motifs de plainte et représentent plus des trois quarts des mesures correctives proposées (85 %).

TABLEAU 23
Nombre et pourcentage de plaintes conclues, de motifs de plainte et de mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2013-2014

ORGANISATION VISÉE	PLAINTES CONCLUES		MOTIFS DE PLAINTE		MESURES CORRECTIVES	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Résidences privées pour personnes âgées	33	57 %	49	60 %	91	85 %
Organismes communautaires	7	12 %	9	11 %	7	6,5 %
Ressources en toxicomanie / jeu pathologique	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Services préhospitaliers d'urgence	6	10 %	7	8 %	1	0,9 %
Agence	12	21 %	17	21 %	8	7,6 %
TOTAL	58	100 %	82	100 %	107	100 %

2.1.3 MOTIFS DES PLAINTES CONCLUES

Les 58 plaintes conclues en 2013-2014 cumulaient 82 motifs d'insatisfaction, comparativement à 145 pour l'année précédente et 108 en 2011-2012 (tableau 24). Le rapport du nombre de motifs d'insatisfaction par plainte conclue est de 1,4, comparativement à 2,4 pour l'année précédente.

Les motifs d'insatisfaction à l'origine des plaintes conclues (tableau 23) concernaient principalement les résidences privées pour personnes âgées (60 %) et l'Agence (21 %). Les 82 motifs de plainte se concentraient, dans une proportion de 74 %, dans 3 catégories : les relations interpersonnelles (27 %), l'organisation du milieu et du matériel (24 %) et les soins et les services offerts (23 %). L'année 2013-2014 se distingue par une plus grande proportion de motifs de plainte en lien avec le volet relation interpersonnelle (tableau 24).

TABLEAU 24
Nombre et pourcentage de motifs* pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et l'année

CATÉGORIES DE MOTIFS	2013-2014		2012-2013		2011-2012	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	22	27 %	21	14 %	17	16 %
Soins et services offerts	10	12 %	53	37 %	27	25 %
Accessibilité et continuité	11	13 %	9	6 %	12	11 %
Organisation milieu / matériel	29	35 %	47	33 %	31	29 %
Aspects financiers	3	4 %	3	2 %	14	13 %
Droits particuliers	7	9 %	12	8 %	7	6 %
TOTAL	82	100 %	145	100 %	108	100 %

*Pour obtenir une présentation détaillée des motifs de plainte, voir l'annexe V.

Les données du tableau 25 font ressortir la prédominance d'un motif de plainte à l'endroit de certains types d'organisations. Ainsi, l'usager porte plainte à l'endroit des résidences privées pour aînés parce qu'il est principalement insatisfait de l'organisation du milieu de vie (35 %) ou des relations interpersonnelles (35 %). Lorsque les plaintes concernent l'Agence, elles concernent principalement les droits des usagers (41 %) et l'accessibilité aux services (35 %).

TABLEAU 25
Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues selon les catégories de motifs et l'organisation visée en 2013-2014

CATÉGORIES DE MOTIFS	RÉSIDENCES PERSONNES ÂGÉES		ORGANISMES COMMUNAUTAIRES		RESSOURCES EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE		SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE		AGENCE	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	17	35 %	1	11 %	0	0 %	2	29 %	2	12 %
Soins et services offerts	11	22 %	5	56 %	0	0 %	2	29 %	1	6 %
Accessibilité et continuité	2	4 %	2	22 %	0	0 %	2	29 %	6	35 %
Organisation milieu / matériel	17	35 %	1	11 %	0	0 %	1	13 %	0	0 %
Aspects financiers	1	2 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	6 %
Droits particuliers	1	2 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	7	41 %
TOTAL	49	100 %	9	100 %	0	100 %	7	100 %	17	100 %

Sur les 82 motifs de plainte, 96 % (79) ont fait l'objet d'un traitement complet par le commissaire régional (tableau 26), ce qui est supérieur à l'année précédente (88 %). Parmi les 79 motifs de plainte complètement traités, 63 % (50) ont donné lieu à des mesures correctives, comparativement à 53 % l'année précédente. Dans 29 cas, aucune mesure corrective n'a été instaurée parce que le problème à l'origine de la plainte a été résolu en cours de traitement ou parce que le résultat de l'examen a démontré que le motif n'était pas fondé.

Parmi ces 3 motifs dont le traitement n'a pas été complété, 2 ont été abandonnés par le plaignant. De plus, le traitement d'un motif a été refusé par le commissaire régional parce qu'il était hors de sa compétence.

TABLEAU 26
Nombre de motifs pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et les catégories de traitement en 2013-2014

CATÉGORIES DE MOTIFS	TRAITEMENT NON TERMINÉ			TRAITEMENT TERMINÉ		TOTAL
	REJETÉ SUR EXAMEN SOMMAIRE	ABANDONNÉ PAR L'USAGER	REFUSÉ OU INTERROMPU	SANS MESURE CORRECTIVE	AVEC MESURES CORRECTIVES	
Relations interpersonnelles	1	0	0	7	14	22
Soins et services offerts	0	0	0	7	12	19
Accessibilité ou continuité	0	0	0	6	5	11
Organisation milieu / matériel	0	1	0	5	14	20
Aspects financiers	0	1	0	1	1	3
Droits particuliers	0	0	0	3	4	7
TOTAL	1	2	0	29	50	82
	3 (4 %)			79 (96 %)		

2.1.4 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES

Afin d'améliorer la qualité des services, 107 mesures correctives ont été proposées afin de répondre à 50 motifs d'insatisfaction formulés par les usagers ou par leur représentant (tableau 27).

TABLEAU 27
Nombre de mesures correctives proposées pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs en 2013-2014

CATÉGORIES DE MESURES CORRECTIVES	CATÉGORIES DE MOTIFS						TOTAL	
	RELATIONS INTERPERSONNELLES	SOINS ET SERVICES	ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ	ORGANISATION DU MILIEU	ASPECTS FINANCIERS	DROITS PARTICULIERS		
PORTÉE INDIVIDUELLE : 21 % (23)								
MESURES	**NOMBRE**	**NOMBRE**	**NOMBRE**	**NOMBRE**	**NOMBRE**	**NOMBRE**	**NOMBRE**	**%**
Adaptation soins / services	7	2	0	1	0	1	11	48 %
Adaptation du milieu	0	0	0	3	0	0	3	13 %
Conciliation et médiation	2	1	0	0	0	0	3	13 %
Sensibilisation intervenant	2	0	0	0	0	0	2	9 %
Obtention des services	0	1	1	0	0	0	2	9 %
Respect des droits / choix	0	0	0	0	1	0	1	4 %
Ajustements financiers	0	0	0	0	0	1	1	4 %
SOUS-TOTAL	**11**	**4**	**1**	**4**	**1**	**2**	**23**	**100 %**
PORTÉE GLOBALE : 79 % (84)								
MESURES	**NOMBRE**	**NOMBRE**	**NOMBRE**	**NOMBRE**	**NOMBRE**	**NOMBRE**	**NOMBRE**	**%**
Adaptation soins / services	0	4	1	1	0	0	6	7 %
Adaptation milieu / matériel	1	0	1	22	0	0	24	29 %
Révision règles / procédures	3	12	1	3	0	1	20	24 %
Communication / promotion	4	6	0	14	0	5	29	35 %
Formation et supervision	0	0	0	2	0	0	2	2 %
Respect des droits	0	0	1	2	0	0	3	3 %
SOUS-TOTAL	**8**	**22**	**4**	**44**	**0**	**6**	**84**	**100 %**
TOTAL	**19**	**26**	**5**	**48**	**1**	**8**	**107**	

La très grande majorité (79 %) des mesures correctives étaient de portée globale (84), c'est-à-dire qu'elles visaient l'amélioration du service à la clientèle dans son ensemble, alors que 21 % (23) visaient à résoudre un problème propre au plaignant (tableau 27). On constate une diminution des mesures à portée individuelle, comparativement à l'année précédente (34 %).

Les mesures (tableau 27) à portée individuelle (23) visaient principalement à résoudre des problèmes (motifs) associés aux relations interpersonnelles (11), à l'organisation du milieu (4) et aux soins et aux services offerts (4). Les mesures recommandées pour corriger ces

problèmes consistaient principalement à revoir les soins et les services offerts à la personne (48 %), à concilier les parties en présence (13 %) et à adapter le milieu aux besoins de la clientèle (13 %).

Les mesures (tableau 27) à portée globale (84) avaient pour but d'améliorer principalement l'organisation du milieu (48), les soins et les services (26) et les relations interpersonnelles (19). Pour résoudre ces problèmes, les mesures recommandées visaient principalement à développer de meilleures stratégies de communication avec les usagers et leurs proches (35 %), à mieux adapter le milieu aux besoins des usagers (29 %) et à revoir les règles et les procédures tant administratives que cliniques (24 %).

2.1.5 SUIVI DE L'APPLICATION DES MESURES CORRECTIVES

Les mesures correctives proposées pour améliorer la qualité des services offerts aux usagers se répartissent en 2 catégories : les engagements pris par l'organisation visée lors de l'examen de la plainte et les recommandations formulées par le commissaire régional.

Parmi les 107 mesures correctives découlant de l'examen des plaintes, on trouve 39 engagements (36 %) pris par les organisations visées et 68 recommandations formulées par le commissaire régional (64 %) afin de résoudre les problèmes dénoncés par les plaignants (tableau 28). Cette répartition représente une augmentation de la proportion des recommandations par rapport à l'année précédente (59 %).

TABLEAU 28
Nombre et pourcentage de mesures correctives mises en place à la suite de plaintes, selon la catégorie de mesures et le statut pour l'année 2013-2014

MESURES CORRECTIVES	IMPLANTÉES		EN COURS		REFUS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Engagements	39	100 %	0	0 %	0	0 %	39	100 %
Recommandations	59	87 %	7	10 %	2	3 %	68	100 %
TOTAL	98	92 %	7	6 %	2	2 %	107	100 %

Globalement, 92 % (98) des mesures correctives proposées avaient été implantées et 7 % (7) étaient en cours d'implantation au 31 mars 2014. Pour l'instant, rien ne laisse croire qu'elles ne seront pas implantées à leur échéance. Ces pourcentages relativement importants d'implantation illustrent l'excellente collaboration des organisations visées par le régime d'examen des plaintes. Seulement 2 recommandations n'ont pu être implantées, l'une par un organisme communautaire et l'autre par une résidence privée pour aîné. L'objectif de ces 2 recommandations a été atteint avec des mesures qui cadrent mieux avec la philosophie d'intervention des deux organisations visées.

2.1.6 DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES CONCLUES

Le délai prévu par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* pour communiquer au plaignant les conclusions de l'examen de sa plainte a été fixé à 45 jours. Toutefois, certaines circonstances peuvent entraîner des délais supplémentaires. Selon le *Règlement sur la procédure d'examen des plaintes de l'Agence*, le commissaire régional est autorisé, dans un cas de délai supplémentaire, à conclure une entente avec le plaignant afin de prolonger le délai pour permettre une étude plus exhaustive de tous les éléments soumis. Le plaignant peut alors

accepter ou refuser de prolonger le délai. Dans tous les cas, le retard ouvre la voie à un recours auprès du Protecteur du citoyen.

En 2013-2014, 98,2 % des plaintes (57) ont été traitées dans les 45 jours prévus par le régime d'examen des plaintes (voir le tableau 29), ce qui représente une hausse par rapport aux résultats de l'année précédente (91,8 %) et en 2011-2012 (94,8). En ce qui concerne la plainte pour laquelle le délai légal de traitement n'a pas été respecté, le plaignant a accepté de prolonger la période d'examen.

TABLEAU 29

Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le délai de traitement (en jours) et l'année

DÉLAI DE TRAITEMENT	2013-2014		2012-2013		2011-2012	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
3 jours et moins	13	22,41 %	8	13,11 %	2	3,45 %
4 à 15 jours	21	36,21 %	11	18,03 %	8	13,79 %
16 à 30 jours	16	27,59 %	16	26,23 %	26	44,83 %
31 à 45 jours	7	12,07 %	21	34,43 %	19	32,76 %
SOUS-TOTAL	57	98,28 %	56	91,80 %	55	94,83 %
46 à 60 jours	1	1,72 %	1	1,64 %	1	1,72 %
61 à 90 jours	0	0,0 %	1	1,64 %	2	3,45 %
91 à 180 jours	0	0,0 %	3	4,92 %	0	0,00 %
181 jours et plus	0	0,0 %	0	0,00 %	0	0,00 %
SOUS-TOTAL	1	1,72 %	5	8,20 %	3	5,7 %
TOTAL	58	100 %	61	100 %	58	100 %

2.1.7 RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN

Comme il a été mentionné précédemment, le défaut de communiquer au plaignant les conclusions de l'examen de sa plainte dans un délai de 45 jours ouvre la voie au recours auprès du Protecteur du citoyen. En 2013-2014, aucun plaignant n'a choisi d'acheminer sa plainte au Protecteur du citoyen pour qu'elle y soit examinée en première instance, comme pour l'année précédente.

Les personnes qui sont en désaccord avec les conclusions ou avec les recommandations du commissaire régional à la suite de l'examen de leur plainte peuvent s'adresser au Protecteur du citoyen en deuxième instance.

Des 58 plaintes conclues, 5 plaintes de l'année en cours ont été soumises par le plaignant en deuxième instance au Protecteur du citoyen. Ce nombre est supérieur à celui de l'année précédente (3). De plus, le Protecteur du citoyen a transmis à l'usager 2 conclusions de l'année antérieure. Ce qui représente 7 plaintes traitées en deuxième instance par le Protecteur du citoyen.

Les 5 plaintes transférées en deuxième instance en cours d'année concernaient le secteur des organismes communautaires (1), des résidences privées pour aînés (2) et la responsabilité de l'Agence en lien avec l'hébergement en soins de longue durée (2). Après analyse en deuxième instance, le Protecteur du citoyen est arrivé aux mêmes conclusions que le commissaire régional pour 2 plaintes et les conclusions des 3 autres plaintes sont à venir. Concernant les

2 plaintes de l'année antérieure, le Protecteur du citoyen est arrivé aux mêmes conclusions que le commissaire régional.

2.2 SIGNALEMENTS ET INTERVENTIONS

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2) prévoit, au paragraphe 7 de l'article 66, que le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services « intervient de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés ».

On recense 51 signalements auprès du commissaire en 2013-2014, c'est-à-dire que des usagers, leur représentant ou de tierces personnes (ex. : citoyen, employé) lui ont signalé une situation jugée inacceptable. Le nombre de signalements reçus cette année représente une légère diminution (-8) par rapport à l'année précédente (59).

Les 51 signalements ont tous été vérifiés par le commissaire régional. Après examen et validation des faits portés à sa connaissance, le commissaire régional a décidé d'intervenir auprès des organisations dans 44 situations, soit 86 % des signalements, comparativement à 47 % l'année précédente et 34 % en 2011-2012.

Pour les 7 autres signalements, 3 ont fait l'objet d'une intervention conjointe d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS) et des responsables de la certification à l'Agence; un a fait l'objet d'abandon par l'auteur du signalement, car le problème a été résolu par l'instance visée; un a fait l'objet d'un suivi d'un ordre professionnel et 2 signalements ont été fermés parce qu'il n'y avait pas de motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes n'étaient pas respectés.

2.2.1 INTERVENTIONS TRAITÉES

En 2013-2014, 42 interventions ont été conclues en cours d'année par le commissaire régional et deux étaient en cours d'examen au 31 mars 2014 (tableau 30).

TABLEAU 30
Nombre d'interventions traitées, selon leur statut et l'année

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	EXAMINÉES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE
2013-2014	0	44	44	42	2
2012-2013	1	27	28	28	0
2011-2012	1	22	23	22	1
2010-2011	6	27	33	33	0
2009-2010	0	30	30	24	6

Moins de la moitié (42 %) des 42 interventions conclues en 2013-2014 reposaient sur des faits allégués par une tierce personne, soit un citoyen, un employé de l'organisation visée ou un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux (tableau 31). Une telle situation est différente de celle observée l'année précédente où 61 % des signalements provenaient d'une

tierce personne. On constate, cette année, qu'une forte proportion des signalements provenait de représentants d'usagers ou de résidents (32 %).

TABLEAU 31
Nombre et pourcentage d'interventions conclues, selon l'auteur et l'année

ANNÉE	USAGERS		REPRÉSENTANTS		TIERS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
2013-2014	13	26 %	16	32 %	21	42 %	50	100 %
2012-2013	9	32 %	2	7 %	17	61 %	28	100%
2011-2012	2	9 %	2	9 %	18	82 %	22	100 %
2010-2011	5	15 %	4	12 %	24	73 %	33	100 %
2009-2010	3	12,5 %	3	12,5 %	18	75 %	24	100 %

Les interventions conclues (42) en 2013-2014 concernaient principalement les résidences privées pour personnes âgées (91 %). Ces dernières ont généré 94 % des motifs d'insatisfaction et, dans une proportion légèrement plus faible, 92 % des mesures correctives (tableau 32).

2.2.2 MOTIFS DES INTERVENTIONS CONCLUES

Les 42 interventions conclues, en 2013-2014, concernaient 77 motifs d'insatisfaction (tableau 32), ce qui représente 1,8 motif par intervention, comparativement à 1,9 motif l'année précédente et 2,5 motifs en 2011-2012.

TABLEAU 32
Nombre et pourcentage d'interventions conclues, de motifs d'intervention et de mesures correctives, selon l'organisation visée en 2013-2014

ORGANISATIONS VISÉES	INTERVENTIONS CONCLUES		MOTIFS D'INTERVENTION		MESURES CORRECTIVES	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Résidences privées pour personnes âgées	38	91 %	72	94 %	48	92 %
Organismes communautaires	1	2 %	1	1 %	0	0 %
Ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Services préhospitaliers d'urgence	3	7 %	4	5 %	4	8 %
Agence	0	0 %	0	0 %	0	0 %
TOTAL	42	100 %	77	100 %	52	100 %

Les motifs d'intervention (tableau 33) se concentraient, dans une proportion de 98 %, dans 3 catégories : l'organisation du milieu et du matériel (61 %), les soins et les services offerts (25 %) et les relations interpersonnelles (12 %). Cette répartition reflète les motifs d'insatisfaction formulés à l'endroit des résidences privées pour personnes âgées.

Parmi les 77 motifs d'intervention, 44 % (34) ont donné lieu à des mesures correctives, comparativement à 38 % l'année précédente. Pour 43 motifs, aucune mesure corrective n'a été mise en place parce que le problème à l'origine du signalement a été résolu en cours de traitement ou parce que le résultat de l'examen a démontré que le motif n'était pas valable.

TABLEAU 33

Nombre et pourcentage de motifs pour les interventions conclues, selon les catégories de motifs et l'année

CATÉGORIES DE MOTIFS*	2013-2014		2012-2013		2011-2012	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	9	12 %	9	17 %	11	19 %
Soins et services offerts	19	25 %	11	21 %	21	37 %
Accessibilité et continuité	1	1 %	3	6 %	2	3,5 %
Organisation du milieu / matériel	47	61 %	23	44 %	21	37 %
Aspects financiers	0	0 %	2	4 %	2	3,5 %
Droits particuliers	1	1 %	4	8 %	0	0 %
TOTAL	77	100 %	52	100 %	57	100 %

* Pour obtenir une présentation détaillée des motifs d'intervention, voir l'annexe V.

TABLEAU 34

Nombre de mesures correctives pour les interventions conclues, selon les catégories de motifs en 2013-2014

CATÉGORIES DE MESURES CORRECTIVES	CATÉGORIES DE MOTIFS						TOTAL	
	RELATIONS INTERPERSONNELLES	SOINS ET SERVICES	ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ	ORGANISATION DU MILIEU ET MATÉRIEL	ASPECTS FINANCIERS	DROITS PARTICULIERS		
PORTÉE INDIVIDUELLE : 21 % (11)								
MESURES	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	%
Adaptation soins / services	1	4	0	0	0	0	5	46 %
Adaptation du milieu	0	0	0	2	0	0	2	18 %
Information / sensibilisation	1	0	0	2	0	0	3	27 %
Respect des droits	0	0	0	0	0	1	1	9 %
SOUS-TOTAL	2	4	0	4	0	1	11	100 %
PORTÉE GLOBALE : 79 % (41)								
MESURES	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	%
Adaptation soins / services	0	1	0	2	0	0	3	7 %
Adaptation milieu / matériel	0	0	0	15	0	0	15	37 %
Révision règles / procédures	0	2	2	6	0	0	10	24 %
Communication et promotion	0	2	2	6	0	0	10	24 %
Formation et supervision	0	1	0	2	0	0	3	7 %
SOUS-TOTAL	0	6	4	31	0	0	41	100 %
TOTAL	2	10	4	35	0	1	52	

Afin d'améliorer la qualité des services, 52 mesures correctives ont été proposées pour répondre aux motifs d'intervention; 21 % de ces mesures étaient à portée individuelle et 79 % à portée globale (tableau 34).

Les mesures correctives à portée individuelle (11) ont permis de résoudre principalement des problèmes associés aux soins et services (4) et à l'organisation du milieu de vie (4). Quant aux mesures correctives à portée globale (41), elles ont permis de résoudre des problèmes associés à l'organisation du milieu (31) ainsi qu'aux soins et aux services offerts (6). Pour résoudre l'ensemble de ces problèmes, les mesures recommandées (52) par le commissaire visaient principalement à mieux adapter le milieu de vie des résidents (33 %), à développer de meilleures stratégies de communication avec les usagers et leurs proches (20 %) et à revoir les règles et les procédures tant administratives que cliniques (20 %).

2.2.3 SUIVI DE L'APPLICATION DES MESURES CORRECTIVES

Les mesures correctives proposées pour améliorer la qualité des services aux usagers se répartissent en 2 catégories : les engagements pris par l'organisation visée lors de l'intervention et les recommandations formulées par le commissaire régional ou par son substitut.

Parmi les 52 mesures correctives proposées pour résoudre les problèmes signalés, on dénombre 22 engagements (42 %) pris par les organisations visées et 30 recommandations formulées par le commissaire régional (58 %) (tableau 35).

Globalement, 87 % (45) des mesures correctives proposées ont été implantées ou étaient en cours d'implantation au 31 mars 2014. La totalité (22) des engagements pris par les organisations visées a été respectée. En date du 31 mars 2014, 77 % (23) des recommandations du commissaire régional ont été respectées. Rien ne laisse croire, pour l'instant, que les autres recommandations (7) concernant les interventions ne seront pas implantées à leur échéance.

TABLEAU 35
Nombre et pourcentage de mesures correctives des interventions, selon la catégorie de mesures et le statut pour l'année 2013-2014

MESURES CORRECTIVES	IMPLANTÉES		EN COURS		REFUS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Engagements	22	100 %	0	0 %	0	0 %	22	100 %
Recommandations	23	77 %	7	23 %	0	0 %	30	100 %
TOTAL	**45**	**87 %**	**7**	**13 %**	**0**	**0 %**	**52**	**100 %**

2.2.4 DÉLAI DE TRAITEMENT DES INTERVENTIONS

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ne prévoit pas, comme pour ce qui est des plaintes, de délai souhaitable pour conclure une intervention à la suite du signalement d'un usager, de son représentant ou d'une tierce personne.

En 2013-2014, 94 % des interventions (42) ont été conclues à l'intérieur d'un délai de 45 jours, comparativement à 96 % l'année précédente et 68 % en 2011-2012 (tableau 36).

TABLEAU 36
Nombre et pourcentage d'interventions conclues, selon le délai de traitement (en jours) et l'année

DÉLAI DE TRAITEMENT	2013-2014		2012-2013		2011-2012	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
3 jours et moins	2	5 %	5	18 %	9	41 %
4 à 15 jours	25	60 %	13	46 %	2	9 %
16 à 30 jours	10	24 %	6	21 %	2	9 %
31 à 45 jours	2	5 %	3	11 %	2	9 %
SOUS-TOTAL	39	94 %	27	96 %	15	68 %
45 à 60 jours	1	2 %	0	0 %	5	23 %
61 à 90 jours	1	2 %	1	4 %	0	0 %
91 à 180 jours	1	2 %	0	0 %	2	9 %
181 jours et plus	0	0 %	0	0 %	0	0 %
SOUS-TOTAL	3	6 %	1	4 %	7	32 %
TOTAL	42	100 %	28	100 %	22	100 %

2.3 CONSTATS PAR ORGANISATION VISÉE : PLAINTES ET INTERVENTIONS

2.3.1 RÉSIDENCES PRIVÉES POUR PERSONNES ÂGÉES

En mars 2014, on dénombrait 166 résidences privées pour personnes âgées dans la région de la Capitale-Nationale. Ces résidences cumulaient 12 034 logements en location. Toutes les résidences offraient le service de repas, 86 % offraient de l'assistance personnelle (143), 93 % offraient de l'aide domestique (155) et 51 % des soins infirmiers (85).

En regroupant les données sur les plaintes et les interventions, on constate, de façon plus évidente, l'importance de l'application du régime d'examen des plaintes pour les personnes qui habitent dans les résidences privées pour personnes âgées (tableau 37).

TABLEAU 37

Nombre et pourcentage de plaintes et d'interventions conclues, de motifs d'insatisfaction et de mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2013-2014

ORGANISATION VISÉE	PLAINTES ET INTERVENTIONS		MOTIFS D'INSATISFACTIONS		MESURES CORRECTIVES	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Résidences privées pour personnes âgées	71	71 %	121	76 %	139	88 %
Organismes communautaires	8	8 %	10	6 %	7	4 %
Ressources en toxicomanie / jeu pathologique	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Services préhospitaliers d'urgence	9	9 %	11	7 %	5	3 %
Agence de la Capitale-Nationale	12	12 %	17	11 %	8	5 %
TOTAL	100	100 %	159	100 %	159	100 %

Toutes proportions gardées, les résidences privées pour personnes âgées, avec 71 % des plaintes et des interventions traitées, sont surreprésentées au regard des motifs d'insatisfaction et des mesures correctives proposées. En effet, les résidences cumulent la plus grande part (76 %) des motifs d'insatisfaction et sont visées par plus des trois quarts des mesures correctives proposées (88 %).

Le tableau 38 démontre une proportion très importante (51 %) de motifs d'insatisfaction dans les résidences qui concerne l'organisation du milieu de vie et les soins et services offerts (24 %), suivis des relations interpersonnelles (19 %).

L'analyse des plaintes et des interventions dans le secteur des résidences fait ressortir des problèmes récurrents au fil des ans. Soulignons la difficulté de recruter du personnel qualifié, une offre de services qui ne correspond pas aux besoins d'une partie de la clientèle et la méconnaissance de certaines conditions de santé, comme les problèmes cognitifs ou de santé mentale, ou encore les troubles du comportement. Le partenariat accru entre les résidences privées pour personnes âgées et les centres de santé et de services sociaux ainsi que la nouvelle réglementation des résidences privées pour personnes âgées constituent des mesures prometteuses pour résoudre les problèmes observés.

Généralement, les propriétaires des résidences privées rencontrés au cours du traitement des plaintes et des interventions ont fait preuve d'ouverture et de collaboration pour discuter des situations problématiques et tenter de trouver des solutions aux motifs d'insatisfaction.

TABLEAU 38
Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes et les interventions conclues, selon les catégories de motifs et l'organisation visée en 2013-2014

CATÉGORIES DE MOTIFS	RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES		ORGANISMES COMMUNAUTAIRES		RESSOURCES EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE		SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE		AGENCE	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	24	19,2 %	1	10 %	0	0 %	5	46 %	2	12 %
Soins et services offerts	30	24 %	5	50 %	0	0 %	3	27 %	1	6 %
Accessibilité et continuité	3	2,4 %	2	20 %	0	0 %	2	18 %	6	35 %
Organisation milieu / matériel	64	51,2 %	2	20 %	0	0 %	1	9 %	0	0 %
Aspects financiers	2	1,6 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	6 %
Droits particuliers	2	1,6%	0	0 %	0	0 %	0	0 %	7	41 %
TOTAL	125	100 %	10	100 %	0	100 %	11	100 %	17	100 %

2.3.2 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

La région de la Capitale-Nationale compte au-delà de 250 organismes communautaires qui œuvrent en santé et services sociaux et qui répondent aux critères de l'article 3313 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*[2]. Les plaintes à l'égard des services offerts par ces organismes sont de la compétence du commissaire régional des agences de la santé et des services sociaux de chaque région.

Les utilisateurs des services des organismes communautaires portent plainte ou font un signalement au commissaire régional principalement pour résoudre des problèmes liés aux soins et services offerts (50 %), à l'accessibilité aux services (20 %) et à l'organisation du milieu (20 %) (tableau 38). L'examen des plaintes et des signalements a révélé que, très souvent, les organismes ne possèdent pas de procédure interne pour gérer les insatisfactions de leur clientèle. De plus, on observe souvent que les attentes des clients dépassent l'offre de services de l'organisme ou n'y correspondent pas.

En 2013-2014, 7 mesures correctives ont été implantées par les organismes communautaires. Dans tous les cas, les gestionnaires des organismes ont démontré une grande volonté de répondre aux besoins de leur clientèle et d'améliorer leurs services en fonction de leur mission et dans la mesure de leurs possibilités.

2.3.3 RESSOURCES D'HÉBERGEMENT EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE

Depuis le 1er juillet 2010, la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services s'applique aux ressources certifiées en toxicomanie ou en jeu pathologique offrant

2. Article 3313 : « Dans la présente loi, on entend par "organisme communautaire" une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert et dont les activités sont reliées aux domaines de la santé et des services sociaux. » (RLRQ, chapitre S-4.2).

de l'hébergement. Les commissaires régionaux aux plaintes et à la qualité des services ont donc le mandat de traiter les plaintes et de recevoir des signalements dans ce secteur d'activité pour une troisième année.

Aucune plainte et aucun signalement n'ont été déposés au commissaire régional en 2013-2014, comme pour l'année précédente, à l'endroit des ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique.

2.3.4 SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

En 2013-2014, on compte 6 plaintes et 3 interventions conclues à l'endroit des services préhospitaliers d'urgence, dont 7 concernaient les services ambulanciers et 2, le Centre de communication santé des Capitales (CCSC).

Les 11 motifs de plainte et d'intervention conclue en 2013-2014 en lien avec les services préhospitaliers d'urgence appartenaient principalement à 3 catégories : les relations interpersonnelles (46 %), les soins et services offerts (27 %) et l'accessibilité aux services (18 %) (tableau 38). Les usagers sont principalement insatisfaits de l'évaluation et du jugement professionnel des techniciens ambulanciers et paramédicaux et du délai de réponse à leur appel d'urgence.

Au total, 4 motifs de plainte ont fait l'objet de mesures correctives (5). Ces mesures visaient principalement à consolider les compétences professionnelles par différentes stratégies (amélioration des communications, ajustement professionnel, sensibilisation).

Les 7 motifs d'insatisfaction pour lesquels aucune recommandation n'a été formulée témoignaient d'une méconnaissance de la part des plaignants des procédures et des normes entourant le transport ambulancier. Les lettres de conclusion expédiées à la fin de l'examen de la plainte ou de l'intervention visaient, notamment, à donner au plaignant les explications lui permettant d'avoir une meilleure compréhension des éléments qu'il avait portés à l'attention du commissaire régional.

Tant le Centre de communication santé des Capitales que les compagnies ambulancières visées par les plaintes et les signalements ont fait preuve d'ouverture et ont offert leur entière collaboration lors du traitement de chacun des dossiers.

2.3.5 AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE

Les motifs d'insatisfaction (12) au sujet de l'Agence ont été formulés en 12 plaintes conclues par le commissaire régional.

Les plaintes visaient principalement (9) le Programme d'évaluation et de coordination des admissions en hébergement (PECA). Deux d'entre elles portaient sur les modalités d'admission en CHSLD. Leur examen a démontré que le personnel du PECA avait respecté les règles d'admission en CHSLD adoptées par l'Agence. Les 7 autres plaintes concernaient le processus d'attribution de places en hébergement transitoire pour les usagers en attente dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Deux de ces plaintes ont été conclues à la satisfaction de l'usager.

De façon générale, l'analyse des plaintes et des demandes d'assistance au sujet du PECA fait ressortir une méconnaissance, de la part des plaignants, des procédures et des normes entourant notamment l'hébergement de transition et l'hébergement en soins de longue durée. Les lettres de conclusion expédiées aux plaignants à la fin de l'examen de leur plainte visaient

à leur fournir les explications nécessaires pour une meilleure compréhension des éléments qu'ils avaient portés à l'attention du commissaire régional. Le constat de la méconnaissance est décrit dans le rapport annuel de l'année précédente.

Les autres plaintes (3) à l'endroit de l'Agence concernaient l'accès aux services en santé mentale, le financement du programme de soutien à domicile et le service de communication. Cette dernière plainte a fait l'objet d'une intervention de la part du commissaire.

2.4 DEMANDES D'ASSISTANCES ET DE CONSULTATIONS

Dans le cadre de ses fonctions, le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services est appelé à répondre à des demandes d'assistance et de consultation provenant de la population, des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services des établissements de la région ou à des demandes d'autres partenaires externes.

Il est souvent possible d'offrir une réponse rapide à ces demandes tout en anticipant ou en prévenant des plaintes liées, par exemple, aux droits ou encore aux normes de fonctionnement et d'accès à différents services.

2.4.1 DEMANDES D'ASSISTANCE

Une demande d'assistance est une demande d'aide. Elle exige parfois des démarches de recherche, de suivi et souvent d'accompagnement de la part du commissaire régional ou de son adjointe administrative. Les demandes d'assistance provenaient essentiellement des usagers, de leurs proches ou de la population en général.

En 2013-2014, un suivi a été donné à 223 demandes d'assistance, comparativement à 208 pour l'année précédente. Dans une proportion de 17 % (38), les demandeurs souhaitaient qu'on les aide à formuler une plainte et, dans une plus forte proportion (83 %), qu'on leur facilite l'obtention d'un service (185). La réponse aux demandes d'assistance a été fournie principalement par l'adjointe administrative au commissaire régional, ensuite par le commissaire lui-même.

Les 223 demandes d'assistance se regroupent principalement en 2 catégories : soins et services offerts (24 %) et accessibilité et continuité des services (21 %) (tableau 39).

TABLEAU 39
Nombre et pourcentage des motifs des demandes d'assistance, selon les catégories de motifs et l'année

CATÉGORIES DE MOTIFS	2013-2014		2012-2013		2011-2012	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	26	12%	24	12 %	19	6 %
Soins et services offerts	54	24 %	62	30 %	82	28 %
Accessibilité et continuité	48	21%	40	19 %	60	21 %
Organisation milieu / matériel	29	13 %	30	14 %	54	19 %
Aspects financiers	22	10 %	20	10 %	46	16 %
Droits particuliers	26	12 %	21	10 %	18	6 %
Autres objets de demande	18	8 %	11	5 %	12	4 %
TOTAL	223	100 %	208	100 %	291	100 %

Les actions entreprises pour répondre aux demandes d'assistance ont consisté principalement à orienter la personne vers le bon service (65 %) et à lui fournir de l'information générale (32 %) sur le fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux ou sur le régime d'examen des plaintes (tableau 40). Un tel portrait de la situation est similaire à celui de l'année précédente.

TABLEAU 40
Nombre et pourcentage des actions entreprises à la suite des demandes d'assistance, selon les catégories de motifs et l'année

CATÉGORIES DE MOTIFS	2013-2014		2012-2013		2011-2012	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Information générale	72	32 %	52	25 %	56	19,3 %
Clarification	1	0,5 %	0	0 %	3	1 %
Intercession ou liaison	4	2 %	0	0 %	4	1,4 %
Référence	145	65 %	150	72 %	225	77,3 %
Autres	1	0,5%	6	3 %	3	1 %
TOTAL	223	100 %	208	100 %	291	100 %

2.4.2 DEMANDES DE CONSULTATION

Une consultation est la réponse à une demande d'information ou à une demande d'avis sur un sujet concernant le régime d'examen des plaintes. Elle exige parfois des démarches de recherche et de suivi.

En 2013-2014, un suivi a été donné à 19 demandes de consultation. Elles provenaient des commissaires locaux et de différents partenaires du régime d'examen des plaintes. Les

demandes portaient principalement sur les droits des usagers et sur les modalités d'application du régime d'examen des plaintes.

2.5 AUTRES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE RÉGIONAL

En plus de traiter les plaintes et les signalements, de fournir de l'assistance et de répondre aux demandes de consultation, le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services doit :

- ✓ collaborer avec les autres commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services;
- ✓ collaborer avec le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes;
- ✓ soutenir le développement et le suivi régional du Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS);
- ✓ collaborer au développement et à l'organisation des activités liées au régime d'examen des plaintes et aux droits des usagers, tant à l'échelle régionale que provinciale;
- ✓ produire un rapport annuel intégrant le bilan de ses activités ainsi qu'une synthèse des rapports annuels des commissaires locaux des établissements de la région et le présenter au conseil d'administration, pour approbation;
- ✓ assurer un suivi périodique, auprès du comité de vigilance et de la qualité des services, des engagements des organisations visées et de ses recommandations, tant pour les plaintes que pour les signalements;
- ✓ assurer la promotion de l'indépendance de son rôle de commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services;
- ✓ assurer le développement de son expertise, notamment par la formation appropriée et par la mise à niveau de ses connaissances.

En 2013-2014, 18 activités dites « autres activités du commissaire » ont été enregistrées dans le SIGPAQS. Presque les trois quarts (74 %) étaient liés à l'amélioration du fonctionnement du régime d'examen des plaintes (tableau 41), ce qui est relativement semblable à la proportion observée (82 %) l'année précédente.

Il s'agissait principalement d'activités de collaboration avec la Direction de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux, le Protecteur du citoyen, les commissaires régionaux, le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes et les commissaires locaux de la région de la Capitale-Nationale. De plus, il a présidé les 3 réunions de la Table de concertation des commissaires aux plaintes et à la qualité des services de la Capitale-Nationale, dont le mandat est de contribuer à l'amélioration de l'application du régime d'examen des plaintes.

D'autres activités ont été accomplies dans le but d'implanter une procédure efficace de traitement des signalements et des interventions, y compris le suivi des engagements et des recommandations. Enfin, la participation à des activités de formation a servi à développer l'expertise requise pour exercer avec efficacité la fonction de commissaire régional.

TABLEAU 41
Nombre et pourcentage des activités du commissaire, selon les catégories d'activités et l'année

CATÉGORIES D'ACTIVITÉS	2013-2014		2012-2013	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Communication au conseil d'administration	2	10 %	2	7 %
Participation au comité de vigilance et de la qualité des services	3	16 %	3	11 %
Collaboration au fonctionnement du régime d'examen des plaintes	14	74 %	22	82 %
TOTAL	**19**	**100 %**	**27**	**100 %**

ANNEXES

ANNEXE I

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	MISSION**
Centre d'hébergement du Boisé ltée	▪ CHSLD privé conventionné
Centre d'hébergement Saint-Jean-Eudes inc.	▪ CHSLD privé conventionné
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec	▪ CRDI
Centre de réadaptation en dépendance de Québec	▪ CRPAT
Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord	▪ CHSGS ▪ CHSLD ▪ CLSC
Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix	▪ CHSGS ▪ CHSLD ▪ CLSC ▪ CRDI ▪ CRDP
Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale	▪ CHSGS ▪ CHSLD ▪ CLSC
Centre de santé et de services sociaux de Portneuf	▪ CHSGS ▪ CHSLD ▪ CLSC
Centre hospitalier Notre-Dame-du-Chemin inc.	▪ CHSLD privé conventionné
*Centre hospitalier Saint-François inc.	▪ CHSLD privé conventionné
Centre hospitalier universitaire de Québec	▪ CHSGS
Centre jeunesse de Québec	▪ CJ
Centre d'hébergement et de soins longue durée Côté-Jardin inc.	▪ CHSLD privé non conventionné
Conseil de la Nation huronne-wendat	▪ CHSLD privé non conventionné
Groupe Champlain inc. (Centre d'hébergement Champlain des Montagnes)	▪ CHSLD privé conventionné

ANNEXE I (suite)

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	MISSION**
Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's	▪ CHSGS ▪ CHSLD
Hôpital Sainte-Monique inc.	▪ CHSLD privé conventionné
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ)	▪ CRDP-AUD ▪ CRDP-MOT ▪ CRDP-VIS
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	▪ CHSGS
Institut universitaire en santé mentale de Québec	▪ CHSP ▪ CHSLD
Jardins du Haut-Saint-Laurent (1992) inc.	▪ CHSLD privé non conventionné
*La Corporation Notre-Dame de Bon-Secours (La Champenoise)	▪ CHSLD privé conventionné
La Maison Legault inc.	▪ CHSLD privé non conventionné
La Maison Michel-Sarrazin	▪ CHSGS privé conventionné spécifique
CHSLD Domaine Saint-Dominique S.E.C.	▪ CHSLD privé non conventionné
CHSLD Neilson inc.	▪ CHSLD privé non conventionné
Vigi Santé ltée (Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi de Saint-Augustin)	▪ CHSLD privé conventionné

* Aucune plainte formulée, intervention réalisée et assistance apportée.

** Voir annexe II pour connaître la signification des sigles et acronymes.

ANNEXE II

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

SIGLE	DÉFINITION
CAAP	centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
CCSC	Centre de communication santé des Capitales
CHSGS	centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP	centre hospitalier de soins psychiatriques
CJ	centre jeunesse
CLSC	centre local de services communautaires
CMDP	conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPEJ	centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	centre de réadaptation
CRDI	centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle
CRDP	centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique
CRDP-AUD	centre de réadaptation en déficience auditive
CRDP-MOT	centre de réadaptation en déficience motrice
CRDP-VIS	centre de réadaptation en déficience visuelle
CRPAT	centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes
CSSS	centre de santé et de services sociaux
IUSMQ	Institut universitaire en santé mentale de Québec
PECA	Programme d'évaluation et de coordination des admissions
SIGPAQS	Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services

ANNEXE III

Description des catégories de motifs de plainte et d'intervention

Catégories*	Objets de plaintes et de signalements	
Accessibilité et continuité	▪ Délai ▪ Refus de services ▪ Transfert ▪ Absence de ressources ▪ Accessibilité linguistique ▪ Choix de l'établissement ou du professionnel	
Soins et services offerts	▪ Habiletés techniques et professionnelles ▪ Évaluation, jugement professionnel ▪ Traitement ou intervention ▪ Continuité ▪ Conduite routière	
Relations interpersonnelles	▪ Fiabilité ▪ Respect de la personne ▪ Respect de la vie privée ▪ Empathie ▪ Communication avec l'entourage (famille, proches, etc.)	▪ Violence et abus ▪ Attitude ▪ Disponibilité ▪ Identification du personnel
Organisation et ressources matérielles	▪ Alimentation ▪ Intimité ▪ Mixité des clientèles ▪ Organisation spatiale ▪ Hygiène et salubrité ▪ Confort et commodités ▪ Relations avec la communauté	▪ Équipement et matériel ▪ Stationnement ▪ Règles et procédures de milieu de vie ▪ Conditions de vie adaptées au caractère ethnoculturel et religieux ▪ Sécurité et protection
Aspect financier	▪ Facturation ▪ Frais d'hébergement ▪ Frais de déplacement ▪ Frais de transport ambulancier ▪ Frais de médicaments ▪ Frais de stationnement	▪ Besoins spéciaux ▪ Aide matérielle et financière ▪ Allocation des ressources financières ▪ Réclamation ▪ Sollicitation
Droits particuliers	▪ Information adéquate ▪ Dossier de l'usager et dossier de plaintes ▪ Participation de l'usager ▪ Consentement aux soins	▪ Consentement à l'expérimentation ▪ Droit à la représentation ▪ Droit à l'assistance ▪ Droit de porter plainte ▪ Recours

* Comme définis par le Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS).

ANNEXE IV

MOTIFS DÉTAILLÉS DES PLAINTES ET DES INTERVENTIONS – COMMISSAIRE LOCAL - MÉDECIN EXAMINATEUR ET COMITÉ DE RÉVISION

SIGPAQS

SECTION 1 - PLAINTES

Commissaire local

Tableau 1-E-1 ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU AU 1ER PALIER SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2013 - 2014

Période du 2013-04-01 au 2014-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Accessibilité												
Absence de service ou de ressource	0	0	0	0	0	0.00	6	5	11	3.16	11	0.62
Délais	6	3	0	4	13	65.00	94	160	254	72.99	267	15.04
Difficulté d'accès	1	1	0	0	2	10.00	13	16	29	8.33	31	1.75
Refus de services	2	1	0	1	4	20.00	18	32	50	14.37	54	3.04
Autre	1	0	0	0	1	5.00	2	2	4	1.15	5	0.28
Sous-total	10	5	0	5	20	100.00	133	215	348	100.00	368	20.73
Aspect financier												
Allocation de ressources matérielles et financières	0	0	0	0	0	0.00	1	6	7	6.80	7	0.39
Facturation	0	0	0	1	1	33.33	7	9	16	15.53	17	0.96
Frais de déplacement / transport	0	0	0	0	0	0.00	11	1	12	11.65	12	0.68
Frais d'hébergement / placement	1	0	0	1	2	66.67	26	35	61	59.22	63	3.55
Processus de réclamation	0	0	0	0	0	0.00	2	5	7	6.80	7	0.39
Sous-total	1	0	0	2	3	100.00	47	56	103	100.00	106	5.97
Droits particuliers												
Accès au dossier de l'usager et dossier de plainte	2	0	1	0	3	12.00	11	21	32	21.48	35	1.97
Assistance / accompagnement	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	1.34	2	0.11
Choix du professionnel	3	1	0	4	8	32.00	3	7	10	6.71	18	1.01
Choix de l'établissement	0	0	0	0	0	0.00	3	4	7	4.70	7	0.39
Consentement	2	0	0	0	2	8.00	2	7	9	6.04	11	0.62
Droit à l'information	2	1	1	4	8	32.00	32	24	56	37.58	64	3.61

Droit à un accommodement raisonnable	0	0	0	0	0	0.00	2	3	5	3.36	5	0.28
Droit de communiquer	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	0.67	1	0.06
Droit de porter plainte	0	0	0	1	1	4.00	0	0	0	0.00	1	0.06
Droit linguistique	0	0	0	1	1	4.00	1	1	2	1.34	3	0.17
Participation de l'usager ou de son représentant	0	0	0	0	0	0.00	4	4	8	5.37	8	0.45
Représentation	1	0	0	0	1	4.00	0	1	1	0.67	2	0.11
Sécurité	0	1	0	0	1	4.00	10	4	14	9.40	15	0.85
Autre	0	0	0	0	0	0.00	0	2	2	1.34	2	0.11
Sous-total	10	3	2	10	25	100.00	69	80	149	100.00	174	9.80
Organisation du milieu et ressources matérielles												
Alimentation	1	0	0	2	3	11.54	10	8	18	7.44	21	1.18
Compatibilité des clientèles	1	0	0	2	3	11.54	9	13	22	9.09	25	1.41
Conditions d'intervention ou de séjour adaptées	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	0.41	1	0.06
Confort et commodité	3	0	0	1	4	15.38	21	31	52	21.49	56	3.15
Équipement et matériel	0	0	0	0	0	0.00	13	7	20	8.26	20	1.13
Hygiène / salubrité / désinfection	0	1	0	0	1	3.85	14	4	18	7.44	19	1.07
Organisation spatiale	2	0	1	1	4	15.38	12	19	31	12.81	35	1.97
Règles et procédures du milieu	2	0	0	7	9	34.62	12	17	29	11.98	38	2.14
Sécurité et protection	1	0	0	1	2	7.69	27	23	50	20.66	52	2.93
Autre	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	0.41	1	0.06
Sous-total	10	1	1	14	26	100.00	119	123	242	100.00	268	15.10
Relations interpersonnelles												
Abus	3	0	0	2	5	15.63	16	12	28	7.63	33	1.86
Communication / attitude	8	4	0	6	18	56.25	130	66	196	53.41	214	12.06
Discrimination-racisme	0	0	0	0	0	0.00	2	3	5	1.36	5	0.28
Fiabilité / disponibilité	1	0	0	0	1	3.13	7	2	9	2.45	10	0.56
Respect	2	1	1	4	8	25.00	103	26	129	35.15	137	7.72
Sous-total	14	5	1	12	32	100.00	258	109	367	100.00	399	22.48
Soins et services dispensés												
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	0	1	2	0	3	4.23	27	22	49	12.63	52	2.93
Continuité	2	0	1	0	3	4.23	48	52	100	25.77	103	5.80
Décision clinique	9	1	6	11	27	38.03	11	42	53	13.66	80	4.51
Organisation des soins et services (systémique)	0	1	1	0	2	2.82	19	11	30	7.73	32	1.80
Traitement / intervention / services (action faite)	12	3	0	20	35	49.30	78	77	155	39.95	190	10.70

Autre	0	0	0	1	1	1.41	1	0	1	0.26	2	0.11
Sous-total	23	6	10	32	71	100.00	184	204	388	100.00	459	25.86
Autre												
Sous-total	0	0	1	0	1	100.00	0	0	0	100.00	1	0.06
TOTAL	68	20	15	75	178	100.00	810	787	1597	100.00	1775	100.00

Le pourcentage est relatif au sous-total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement

SIGPAQS

SECTION 1 - PLAINTES

Médecin examinateur

Tableau 1-E-1 ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU AU 1ER PALIER SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2013 - 2014

Période du 2013-04-01 au 2014-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Accessibilité												
Délais	0	0	0	0	0	0.00	3	7	10	90.91	10	5.24
Refus de services	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	9.09	1	0.52
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	4	7	11	100.00	11	5.76
Aspect financier												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
Droits particuliers												
Accès au dossier de l'usager et dossier de plainte	0	0	0	0	0	0.00	2	1	3	30.00	3	1.57
Assistance / accompagnement	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	10.00	1	0.52
Consentement	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	20.00	2	1.05
Droit à l'information	0	0	0	0	0	0.00	1	3	4	40.00	4	2.09
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	5	5	10	100.00	10	5.24
Organisation du milieu et ressources matérielles												
Règles et procédures du milieu	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	33.33	1	0.52
Sécurité et protection	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	33.33	1	0.52
Autre	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	33.33	1	0.52
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	3	0	3	100.00	3	1.57

Relations interpersonnelles												
Abus	1	0	0	0	1	7.69	0	1	1	1.89	2	1.05
Communication / attitude	6	0	2	2	10	76.92	15	26	41	77.36	51	26.70
Fiabilité / disponibilité	0	0	0	0	0	0.00	0	2	2	3.77	2	1.05
Respect	2	0	0	0	2	15.38	3	6	9	16.98	11	5.76
Sous-total	9	0	2	2	13	100.00	18	35	53	100.00	66	34.55
Soins et services dispensés												
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	0	0	0	0	0	0.00	8	4	12	13.79	12	6.28
Continuité	2	0	0	1	3	23.08	5	9	14	16.09	17	8.90
Décision clinique	2	1	1	3	7	53.85	9	34	43	49.43	50	26.18
Organisation des soins et services (systémique)	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	2.30	2	1.05
Traitement / intervention / services (action faite)	1	0	0	2	3	23.08	8	7	15	17.24	18	9.42
Autre	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	1.15	1	0.52
Sous-total	5	1	1	6	13	100.00	31	56	87	100.00	100	52.36
Autre												
Sous-total	0	1	0	0	1	100.00	0	0	0	100.00	1	0.52
TOTAL	14	2	3	8	27	100.00	61	103	164	100.00	191	100.00

Le pourcentage est relatif au sous-total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement

SIGPAQS

SECTION 1 - PLAINTES

Comité de révision

Tableau 1-E-1 ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU AU 1ER PALIER SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2013 - 2014

Période du 2013-04-01 au 2014-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Accessibilité												
Délais	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	50.00	1	7.69
Refus de services	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	50.00	1	7.69
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	1	1	2	100.00	2	15.38
Aspect financier												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
Droits particuliers												
Choix de l'établissement	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	50.00	1	7.69
Consentement	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	50.00	1	7.69
Droit à l'information	0	0	1	0	1	100.00	0	0	0	0.00	1	7.69
Sous-total	0	0	1	0	1	100.00	0	2	2	100.00	3	23.08
Organisation du milieu et ressources matérielles												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
Relations interpersonnelles												
Communication / attitude	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	100.00	1	7.69
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	1	1	100.00	1	7.69

Soins et services dispensés												
Décision clinique	0	0	0	0	0	0.00	0	6	6	100.00	6	46.15
Organisation des soins et services (systémique)	0	0	1	0	1	100.00	0	0	0	0.00	1	7.69
Sous-total	0	0	1	0	1	100.00	0	6	6	100.00	7	53.85
Autre												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
TOTAL	0	0	2	0	2	100.00	1	10	11	100.00	13	100.00

Le pourcentage est relatif au sous-total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement

SIGPAQS

SECTION 2 - INTERVENTIONS

Commissaire local

Tableau 2-F ÉTAT DES DOSSIERS D'INTERVENTION DONT LE TRAITEMENT A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2013 - 2014

Période du 2013-04-01 au 2014-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Accessibilité												
Absence de service ou de ressource	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	2.33	2	0.36
Délais	0	0	0	0	0	0.00	19	34	53	61.63	53	9.62
Difficulté d'accès	1	0	0	0	1	50.00	4	14	18	20.93	19	3.45
Refus de services	1	0	0	0	1	50.00	4	6	10	11.63	11	2.00
Autre	0	0	0	0	0	0.00	0	3	3	3.49	3	0.54
Sous-total	2	0	0	0	2	100.00	28	58	86	100.00	88	15.97
Aspect financier												
Allocation de ressources matérielles et financières	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	7.14	1	0.18
Facturation	0	0	0	0	0	0.00	1	2	3	21.43	3	0.54
Frais de déplacement / transport	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	14.29	2	0.36
Frais d'hébergement / placement	0	0	0	0	0	0.00	4	4	8	57.14	8	1.45
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	6	8	14	100.00	14	2.54
Droits particuliers												
Accès au dossier de l'usager et dossier de plainte	0	0	0	0	0	0.00	4	9	13	19.40	13	2.36
Assistance / accompagnement	0	1	0	0	1	33.33	2	4	6	8.96	7	1.27
Choix du professionnel	0	0	0	0	0	0.00	2	2	4	5.97	4	0.73
Choix de l'établissement	0	0	0	0	0	0.00	0	5	5	7.46	5	0.91
Consentement	0	0	0	0	0	0.00	0	3	3	4.48	3	0.54
Droit à l'information	0	0	0	0	0	0.00	9	9	18	26.87	18	3.27
Droit à un accommodement raisonnable	0	0	0	0	0	0.00	2	0	2	2.99	2	0.36

Droit de porter plainte	0	0	0	0	0	0.00	0	2	2	2.99	2	0.36
Participation de l'usager ou de son représentant	0	0	0	0	0	0.00	4	3	7	10.45	7	1.27
Sécurité	0	1	0	1	2	66.67	1	3	4	5.97	6	1.09
Autre	0	0	0	0	0	0.00	1	2	3	4.48	3	0.54
Sous-total	0	2	0	1	3	100.00	25	42	67	100.00	70	12.70
Organisation du milieu et ressources matérielles												
Alimentation	0	0	1	1	2	25.00	2	4	6	5.22	8	1.45
Compatibilité des clientèles	0	0	0	0	0	0.00	3	4	7	6.09	7	1.27
Conditions d'intervention ou de séjour adaptées	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	0.87	1	0.18
Confort et commodité	0	0	1	0	1	12.50	11	8	19	16.52	20	3.63
Équipement et matériel	0	0	0	0	0	0.00	4	3	7	6.09	7	1.27
Hygiène / salubrité / désinfection	1	0	0	1	2	25.00	6	7	13	11.30	15	2.72
Organisation spatiale	0	0	0	0	0	0.00	6	14	20	17.39	20	3.63
Règles et procédures du milieu	0	2	0	0	2	25.00	5	8	13	11.30	15	2.72
Sécurité et protection	0	0	0	1	1	12.50	13	13	26	22.61	27	4.90
Autre	0	0	0	0	0	0.00	1	2	3	2.61	3	0.54
Sous-total	1	2	2	3	8	100.00	52	63	115	100.00	123	22.32
Relations interpersonnelles												
Abus	0	0	0	1	1	20.00	14	11	25	22.73	26	4.72
Communication / attitude	0	2	0	0	2	40.00	32	9	41	37.27	43	7.80
Discrimination-racisme	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	0.91	1	0.18
Fiabilité / disponibilité	0	1	0	0	1	20.00	3	2	5	4.55	6	1.09
Respect	0	1	0	0	1	20.00	24	12	36	32.73	37	6.72
Autre	0	0	0	0	0	0.00	2	0	2	1.82	2	0.36
Sous-total	0	4	0	1	5	100.00	76	34	110	100.00	115	20.87
Soins et services dispensés												
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	1	0	0	0	1	10.00	5	5	10	7.75	11	2.00
Continuité	0	0	1	1	2	20.00	10	27	37	28.68	39	7.08
Décision clinique	0	0	0	0	0	0.00	2	5	7	5.43	7	1.27
Organisation des soins et services (systémique)	0	1	0	2	3	30.00	4	2	6	4.65	9	1.63
Traitement / intervention / services (action faite)	1	2	1	0	4	40.00	27	42	69	53.49	73	13.25
Sous-total	2	3	2	3	10	100.00	48	81	129	100.00	139	25.23

Autre												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	1	1	2	100.00	2	0.36
TOTAL	5	11	4	8	28	100.00	236	287	523	100.00	551	100.00

Le pourcentage est relatif au sous-total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement

ANNEXE V

MOTIFS DÉTAILLÉS DES PLAINTES ET DES INTERVENTIONS – COMMISSAIRE RÉGIONAL

SIGPAQS

SECTION 1 - PLAINTES

Commissaire régional

Tableau 1-E-1 ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU AU 1ER PALIER SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2013 - 2014

Période du 2013-04-01 au 2014-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Accessibilité												
Absence de service ou de ressource	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	9.09	1	1.22
Délais	0	0	0	0	0	0.00	1	3	4	36.36	4	4.88
Difficulté d'accès	0	0	0	0	0	0.00	2	1	3	27.27	3	3.66
Refus de services	0	0	0	0	0	0.00	2	0	2	18.18	2	2.44
Autre	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	9.09	1	1.22
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	5	6	11	100.00	11	13.41
Aspect financier												
Allocation de ressources matérielles et financières	1	0	0	0	1	100.00	0	1	1	50.00	2	2.44
Frais d'hébergement / placement	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	50.00	1	1.22
Sous-total	1	0	0	0	1	100.00	1	1	2	100.00	3	3.66
Droits particuliers												
Choix de l'établissement	0	0	0	0	0	0.00	2	3	5	71.43	5	6.10
Droit à l'information	0	0	0	0	0	0.00	2	0	2	28.57	2	2.44
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	4	3	7	100.00	7	8.54
Organisation du milieu et ressources matérielles												
Alimentation	0	0	0	0	0	0.00	3	0	3	15.79	3	3.66
Compatibilité des clientèles	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	5.26	1	1.22
Confort et commodité	0	0	0	0	0	0.00	5	1	6	31.58	6	7.32
Équipement et matériel	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	5.26	1	1.22

Hygiène / salubrité / désinfection	0	0	0	0	0	0.00	2	0	2	10.53	2	2.44
Règles et procédures du milieu	0	1	0	0	1	100.00	2	0	2	10.53	3	3.66
Sécurité et protection	0	0	0	0	0	0.00	2	2	4	21.05	4	4.88
Sous-total	0	1	0	0	1	100.00	14	5	19	100.00	20	24.39
Relations interpersonnelles												
Abus	0	0	0	0	0	0.00	5	6	11	52.38	11	13.41
Communication / attitude	0	0	0	1	1	100.00	7	0	7	33.33	8	9.76
Discrimination-racisme	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	4.76	1	1.22
Respect	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	9.52	2	2.44
Sous-total	0	0	0	1	1	100.00	14	7	21	100.00	22	26.83
Soins et services dispensés												
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	0	0	0	0	0	0.00	4	3	7	36.84	7	8.54
Continuité	0	0	0	0	0	0.00	4	1	5	26.32	5	6.10
Organisation des soins et services (systémique)	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	5.26	1	1.22
Traitement / intervention / services (action faite)	0	0	0	0	0	0.00	4	2	6	31.58	6	7.32
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	12	7	19	100.00	19	23.17
Autre												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
TOTAL	1	1	0	1	3	100.00	50	29	79	100.00	82	100.00

Le pourcentage est relatif au sous-total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement

SIGPAQS

SECTION 2 - INTERVENTIONS

Commissaire régional

Tableau 2-F ÉTAT DES DOSSIERS D'INTERVENTION DONT LE TRAITEMENT A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2013 - 2014

Période du 2013-04-01 au 2014-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Accessibilité												
Autre	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	100.00	1	1.30
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	1	0	1	100.00	1	1.30
Aspect financier												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
Droits particuliers												
Assistance / accompagnement	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	100.00	1	1.30
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	1	0	1	100.00	1	1.30
Organisation du milieu et ressources matérielles												
Alimentation	2	0	0	0	2	100.00	7	6	13	28.89	15	19.48
Confort et commodité	0	0	0	0	0	0.00	2	1	3	6.67	3	3.90
Équipement et matériel	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	2.22	1	1.30
Hygiène / salubrité / désinfection	0	0	0	0	0	0.00	2	7	9	20.00	9	11.69
Règles et procédures du milieu	0	0	0	0	0	0.00	4	3	7	15.56	7	9.09
Sécurité et protection	0	0	0	0	0	0.00	5	7	12	26.67	12	15.58
Sous-total	2	0	0	0	2	100.00	21	24	45	100.00	47	61.04

Relations interpersonnelles												
Abus	0	0	0	0	0	0.00	0	3	3	37.50	3	3.90
Communication / attitude	1	0	0	0	1	100.00	2	2	4	50.00	5	6.49
Respect	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	12.50	1	1.30
Sous-total	1	0	0	0	1	100.00	2	6	8	100.00	9	11.69
Soins et services dispensés												
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	1	1	0	0	2	66.67	4	5	9	56.25	11	14.29
Continuité	1	0	0	0	1	33.33	3	1	4	25.00	5	6.49
Traitement / intervention / services (action faite)	0	0	0	0	0	0.00	2	1	3	18.75	3	3.90
Sous-total	2	1	0	0	3	100.00	9	7	16	100.00	19	24.68
Autre												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
TOTAL	5	1	0	0	6	100.00	34	37	71	100.00	77	100.00

Le pourcentage est relatif au sous-total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement

ANNEXE VI

TABLEAUX SYNTHÈSES - RAPPORT ANNUEL 2013-2014

Tableau synthèse 1

Commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services

Médecins examinateurs

Nombre de plaintes reçues						
Responsables	**2010-2011**	**2011-2012**	**2012-2013**	**2013-2014**	**Variation annuelle moyenne**	**Variation dernière année**
Commissaire local	1443	1344	1270	1353	-30,0	83
Médecin examinateur	212	180	189	178	-11,3	-11
Total	**1655**	**1524**	**1459**	**1531**	**-41,3**	**72**

Nombre de plaintes reçues selon la mission						
Mission	**2010-2011**	**2011-2012**	**2012-2013**	**2013-2014**	**Variation annuelle moyenne**	**Variation dernière année**
CHSGS	1078	864	821	860	-72,7	39
CHSP	134	152	138	168	11,3	30
CLSC	206	319	277	278	24,0	1
CHSLD	112	91	87	93	-6,3	6
CPEJ	52	33	52	50	-0,7	-2
CR	73	63	83	76	1,0	-7
Total	**1655**	**1522**	**1458**	**1525**	**-43,3**	**67**

Nombre de motifs des plaintes conclues						
Motifs	**2010-2011**	**2011-2012**	**2012-2013**	**2013-2014**	**Variation annuelle moyenne**	**Variation dernière année**
Relationnel	450	430	466	465	5,0	-1
Soins-services	648	677	585	559	-29,7	-26
Accessibilité	470	468	373	379	-30,3	6
Organisationnelle	225	196	204	271	15,3	67
Financier	95	101	104	106	3,7	2
Droit	130	105	163	184	18,0	21
Autres	5	12	7	2	-1,0	-5
Total	**2023**	**1989**	**1902**	**1966**	**-19,0**	**64**

Nombre de mesures correctives pour les plaintes conclues

Responsables	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Commissaire local	804	728	814	865	20,3	51
Médecin examinateur	68	64	80	65	-1,0	-15
Total	**872**	**792**	**894**	**930**	**19,3**	**36**

Pourcentage de plaintes conclues à l'intérieur de 45 jours

Responsables	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Commissaire local	86	86	91	90	1,3	-1
Médecin examinateur	58	48	52	52	-2,0	0

Nombre de recours en 2e instance pour les plaintes conclues

Responsables	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Protecteur du citoyen	32	57	35	58	8,7	23
Comité de révision	8	23	20	10	0,7	-10
Total	**40**	**80**	**55**	**68**	**9,3**	**13**

Nombre d'interventions conclues par les commissaires locaux

Commissaires locaux	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Total	**270**	**277**	**368**	**488**	**72,7**	**120**

Nombre d'interventions conclues selon la mission						
Missions	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
CHSGS	134	96	143	305	57,0	162
CHSP	24	54	41	20	-1,3	-21
CLSC	33	56	75	68	11,7	-7
CHSLD	56	49	75	55	-0,3	-20
CPEJ	8	5	7	4	-1,3	-3
CR	15	17	27	36	7,0	9
Total	**270**	**277**	**368**	**488**	**72,7**	**120**

Nombre de motifs pour les interventions conclues						
Motifs	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Relationnel	69	64	96	115	15,3	19
Soins-services	77	87	126	139	20,7	13
Accessibilité	38	69	51	88	16,7	37
Organisationnelle	68	53	95	123	18,3	28
Financier	12	10	13	14	0,7	1
Droit	46	33	53	70	8,0	17
Autres	4	4	1	2	-0,7	1
Total	**314**	**320**	**435**	**551**	**79,0**	**116**

Nombre de mesures correctives des interventions conclues						
Mesures correctives	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Total	**158**	**184**	**213**	**248**	**30,0**	**35**

Nombre d'assistances de la part du commissaire local						
Motifs	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Formulation plainte	234	186	179	143	-30,3	-36
Obtention d'un service	942	946	886	978	12,0	92
Total	**1176**	**1132**	**1065**	**1121**	**-18,3**	**56**

Tableau synthèse 2

Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

Nombre de plaintes reçues

Commissaire régional	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Total	58	58	60	60	0,7	0

Nombre de plaintes reçues selon le secteur d'activité

Organisations ciblées	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Résidence pour aînés	25	21	32	33	2,7	1
Organismes communautaires	8	11	6	7	-0,3	1
Hébergement toxicomanie	2	1	0	0	-0,7	0
Préhospitalier d'urgence	12	13	13	9	-1,0	-4
Agence Capitale-Nationale	11	10	7	11	0,0	4
Autre	0	2	2	0	0,0	-2
Total	58	58	60	60	0,7	0

Nombre de motifs des plaintes conclues

Motifs	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Relationnel	26	17	21	22	-1,3	1
Soins-services	35	27	53	10	-8,3	-43
Accessibilité	18	12	9	11	-2,3	2
Organisationnel	60	31	47	29	-10,3	-18
Financier	5	14	3	3	-0,7	0
Droit	9	7	12	7	-0,7	-5
Total	153	108	145	82	-23,7	-63

Nombre de mesures correctives pour les plaintes conclues

Mesures correctives	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Total	149	71	127	107	-14	-20

Pourcentage de plaintes conclues à l'intérieur de 45 jours						
Plaintes	**2010-2011**	**2011-2012**	**2012-2013**	**2013-2014**	**Variation annuelle moyenne**	**Variation dernière année**
Total	**79**	**94**	**91**	**98**	**6,3**	**7**

Nombre de recours en 2e instance pour les plaintes conclues						
Responsables	**2010-2011**	**2011-2012**	**2012-2013**	**2013-2014**	**Variation annuelle moyenne**	**Variation dernière année**
Protecteur du citoyen	1	3	2	7	2	5

Nombre d'interventions conclues par le commissaire régional						
Interventions	**2010-2011**	**2011-2012**	**2012-2013**	**2013-2014**	**Variation annuelle moyenne**	**Variation dernière année**
Total	**33**	**22**	**28**	**42**	**3**	**14**

Nombre d'interventions conclues selon le secteur d'activité						
Organisations visées	**2010-2011**	**2011-2012**	**2012-2013**	**2013-2014**	**Variation annuelle moyenne**	**Variation dernière année**
Résidence pour aînés	30	20	19	38	2,7	19
Organismes communautaires	2	1	6	1	-0,3	-5
Hébergement toxicomanie	0	0	1	0	0,0	-1
Préhospitalier d'urgence	1	0	1	3	0,7	2
Agence Capitale-Nationale	0	1	1	0	0,0	-1
Total	**33**	**22**	**28**	**42**	**3**	**14**

Nombre de motifs pour les interventions conclues

Motifs	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Relationnel	11	11	9	9	-0,7	0
Soins-services	22	21	11	19	-1,0	8
Accessibilité	2	2	3	1	-0,3	-2
Organisationnel	30	21	23	47	5,7	24
Financier	1	2	2	0	-0,3	-2
Droit	0	0	4	1	0,3	-3
Total	**66**	**57**	**52**	**77**	**3,7**	**25**

Nombre de mesures correctives des interventions conclues

Mesures correctives	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Total	**34**	**36**	**29**	**52**	**6**	**23**

Nombre d'assistances de la part du commissaire régional

Motifs	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Formulation plainte	102	196	127	38	-21,3	-89
Obtention d'un service	130	95	81	185	18,3	104
Total	**232**	**291**	**208**	**223**	**-3**	**15**

ANNEXE VII

LISTE DES TABLEAUX

N°	Partie I - Titre des tableaux	Page
1.	Nombre de plaintes traitées, selon le statut, le responsable et l'année	20
2.	Nombre et pourcentage de plaintes reçues en 2013-2014, selon le responsable et la mission des établissements	20
3.	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le responsable et l'auteur	21
4.	Nombre de l'ensemble des plaintes conclues, selon l'année et la mission des établissements	21
5.	Nombre et pourcentage de plaintes conclues en 2013-2014, selon le responsable et la mission des établissements	22
6.	Nombre et pourcentage de motifs pour l'ensemble des plaintes conclues, selon la catégorie des motifs et l'année	22
7.	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues en 2013-2014, selon le responsable et la catégorie de motifs	23
8	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues en 2013-2014, selon le responsable et les catégories de traitement	24
9.	Nombre et pourcentage de mesures correctives pour les plaintes conclues en 2013-2014, selon le responsable et les catégories de mesures	25
10.	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le délai de traitement (en jours) en 2013-2014	26
11.	Nombre de motifs transmis en deuxième instance et pourcentage de ces motifs sur le nombre total de motifs des plaintes conclues en 2013-2014, selon les catégories de motifs et l'instance	27
12.	Nombre de plaintes traitées par les comités de révision, selon le statut et l'année	28
13.	Nombre et pourcentage de plaintes conclues par les comités de révision, selon le délai de traitement (en jours) et l'année	28
14.	Nombre d'interventions traitées par les commissaires locaux, selon leur statut et l'année	29
15.	Nombre et pourcentage d'interventions conclues par les commissaires locaux, selon l'auteur et l'année	30
16.	Nombre d'interventions traitées par les commissaires locaux, selon l'établissement et le statut au 31 mars 2014	30
17.	Nombre et pourcentage de motifs pour les interventions conclues en 2013-2014, selon le responsable et les catégories de traitement	31

ANNEXE VII (suite)

Liste des tableaux

N°	Partie I - Titre des tableaux (suite)	Page
18.	Nombre et pourcentage de mesures correctives pour les interventions conclues en 2013-2014, selon le responsable et les catégories de mesures	32
19.	Nombre et pourcentage des autres activités des commissaires locaux, selon les catégories d'activités en 2013-2014	33

N°	Partie II - Titre des tableaux	Page
20.	Nombre de plaintes traitées, selon l'année et le statut	37
21.	Nombre et pourcentage de plaintes reçues, selon l'organisation visée et l'année	38
22.	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon l'auteur et l'année	38
23.	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, de motifs de plainte et de mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2013-2014	39
24.	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et l'année	39
25.	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et l'organisation visée en 2013-2014	40
26.	Ombre de motifs pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et les catégories de traitement en 2013-2014	40
27.	Nombre de mesures correctives proposées pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs en 2013-2014	41
28.	Nombre et pourcentage de mesures correctives mises en place à la suite de plaintes, selon la catégorie de mesures et le statut pour l'année 2013-2014	42
29.	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le délai de traitement (en jours) et l'année	43
30.	Nombre d'interventions traitées, selon leur statut et l'année	44
31.	Nombre de mesures correctives proposées pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs en 2013-2014	45
32.	Nombre et pourcentage d'interventions conclues, de motifs d'intervention et de mesures correctives, selon l'organisation visée en 2013-2014	45
33.	Nombre et pourcentage de motifs pour les interventions conclues, selon les catégories de motifs et l'année	46
34	Nombre de mesures correctives pour les interventions conclues, selon les catégories de motifs en 2013-2014	46

ANNEXE VII (suite)

Liste des tableaux

N°	Partie II - Titre des tableaux (suite)	Page
35.	Nombre et pourcentage de mesures correctives des interventions, selon la catégorie de mesures et le statut pour l'année 2012-2013	47
36.	Nombre et pourcentage d'interventions conclues, selon le délai de traitement (en jours) et l'année	48
37.	Nombre et pourcentage de plaintes et d'interventions conclues, de motifs d'insatisfaction et de mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2012-2013	48
38.	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes et les interventions conclues, selon les catégories de motifs et l'organisation visée en 2012-2013	49
39.	Nombre et pourcentage des actions entreprises à la suite des demandes d'assistance, selon les catégories de motifs et l'année	52
40.	Nombre de mesures correctives pour les interventions conclues, selon les catégories de motifs en 2011-2012	52
41.	Nombre et pourcentage des activités du commissaire, selon les catégories d'activités et de l'année	54

Agence de la santé
et des services
sociaux de la Capitale-
Nationale
Québec